**河南省红十字会医疗救助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 出生年月 |  |
| 家庭人口 |  | 疾病名称 |  | 联系电话 |  |
| 所申请基金名称 |  |
| 身份证号 |  | 建档立卡编号 |  |
| 家庭住址 |  |
| 住院时间 | 年 　月　　日至　　　年　 月　　日 |
| 申请人签名 | 　　　　签名：　　　　　　　　　　　　　日期：　　年　　月　　日 |
| 所在医疗单位意见 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（单位盖章）负责人签名：　　　　联系电话：　　　　　　　年　 月　　日 |
| 河南省红十字会审核 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（单位盖章）负责人签名：　　　　联系电话：　　　　　　　年　 月　　日 |

备注：本救助为一次性救助，申请人在提交本表的同时还需附医院诊断证明原件、住院病案首页、户口薄本人页复印件、建档立卡的贫困证明复印件（加盖村委会或社区公章）和银行卡信息。本救助截止时间为2017年12月30日。