附件２：

河南省红十字基金会贫困肿瘤患者救助项目救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 身份证号 |  |
| 家庭住址 |  | 所属行政村（居委会） |  |
| 单位名称 |  | 联系电话 |  |
| 直属亲属姓名 |  | 关系 |  | 联系电话 |  |
| 病情介绍 | （包括患病名称、首诊首治时间及医院名称、病情危重等情况） |
| 是否申请救助和接受定点医疗机构治疗 | 　　　　患者或家属签字： |
| 救助对象银行帐户 |  户　名：　　　　　　　　　　 　　  开户行：　　　　　　　　　　　　　　 账　号：　　　　　　　　　　　　　　 |

（此页为正面）

|  |  |
| --- | --- |
| 市（县、区）红十字会救助资格确认 |   情况属实，同意发放救助金 元人民币。 　　 负责人签字： （盖章）： 年 月 日 |
| 项目办公室意见 | 　　　　 负责人签字： 　　　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |
| 省红十字基金会意见 |  同意发放救助金 元人民币。  负责人签字： 　　  河南省红十基金会 （盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  申请人要提供身份证复印件（正反面）、医院诊断或住院证明（签个人名字）、贫困证明（证件）、结婚证（已婚）。 |

（此页为背面）