

河北省红十字会微笑天使基金申请表

患者姓名		性别		出生年月		民族	
监护人姓名及联系电话	(父亲)			(母亲)			
户口所在地		详细住址					
困难家庭情况自述：(近3年内 家庭重大支出情况)							
申请人（监护人）： 年 月 日 声明：对以上申报资料中出现的隐瞒、虚假、伪造等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，河北省红十字会保留依法追索救助款的权利							
诊断：							
科室负责人签字：							
医院项目负责人签字：				省红十字会审批：			
年 月 日				年 月 日			

注：患者填写完毕交至定点医院，由定点医院汇总后报河北省红十字会。