

附件3

河北省助飞天使基金申请表

患儿姓名					性别			出生年月					民族		
身份证号码															
户口所在地								户籍性质	A. 农业 B. 非农业						
联系人及电话	父亲姓名							工作单位							
	联系电话														
	母亲姓名							工作单位							
	联系电话														
确诊日期								确诊医院							
残疾等级								有无医保	城镇医保 ☐ 新农合 ☐						
家庭年总收入	元/年							家庭人口	人						
城市低保 ☐ 农村低保 ☐ 低收入家庭 ☐ 其他 ☐															
家庭经济状况： 申请人监护人签名： 年 月 日															
村委会（社区居委会）意见 单位公章 年 月 日								县红十字会意见 单位公章 年 月 日							
专家委员会 意见	专家委员会负责人签字： 年 月 日														

注：本表需一式二份，患儿监护人填写完毕并盖章后交至定点医院，由定点医院汇总后报省红十字会。