

河北省红十字会“困难家庭高发癌精准救治
公益项目”基金资助申请表

患者姓名					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						
家属姓名及电话	姓名							工作单位							
	电话														
	姓名							工作单位							
	电话														
确诊日期								确诊医院							
疾病病种								有无医保	☐ 城镇医保 ☐ 城乡医保						
家庭年收入	元/年							家庭人口	人						
城市低保 ☐ 农村低保 ☐ 低收入家庭 ☐ 其他 ☐															
家庭经济情况： 申请人签字： 年 月 日															
村委会（社区居委会）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：本表需一式两份，患者及家属填写完毕并盖章后交至定点医院，由定点医院汇总后报红十字会。