河北省红十字会“困难家庭青少年儿童脊柱侧弯精准救治公益项目”基金资助申请表

<table>
<tr><td>患者姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>身份证号</td><td></td></tr>
<tr><td>监护人联系电话</td><td colspan="3">（父亲）</td><td colspan="2">（母亲）</td></tr>
<tr><td>户口所在地</td><td></td><td>详细住址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>家庭年总收入</td><td colspan="2">元/年</td><td>家庭人口</td><td colspan="2">人</td></tr>
<tr><td colspan="6">家庭经济状况自述：

（本人承诺上述所填写内容完全属实，无虚假隐瞒情况，如有不实，所获得的资助款将全部退回，并承担相应法律责任。）

承诺人签名：
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="6">诊断：

科室负责人签字：</td></tr>
<tr><td colspan="3">医院项目负责人签字：

年　月　日</td><td colspan="3">省红十字会审批：

年　月　日</td></tr>
</table>

注：本表需一式二份，患者填写完毕并盖章后交至定点医院，由定点医院汇总后报河北省红十字会。