

患者姓名		性别		出生年月		民族	
详细住址							
联系电话							
确诊医院				有无医保	居民医保 ☐ 职工医保 ☐		
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（不少于 200 字）： 申请人签名：年 月 日							
诊断： 临床科室负责人签字：							
医院项目负责人签字：年 月 日				项目办审批：年 月 日			

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。