

附件 1

威海国际慈善爱心基金 2020 年度救助血友病患者申请表

患者（患儿）姓名		性别		年龄		照片
联系电话		家庭住址				
身份证号码			户口类型			
患儿监护人		与患者关系				
自负医疗费（元）		用药品种及数量			拟救助额（元）	
家庭经济情况	患者（监护人）签字：					
县级民政部门（慈善总会）意见		威海市慈善总会意见		威海国际经济技术合作股份有限公司意见		
年 月 日 （盖章）		年 月 日 （盖章）		年 月 日 （盖章）		

注：1、每年救助一次。

2、受助患者需出具山东省血友病诊疗中心诊断书及治疗方案原件及复印件各 2 份。

3、出具其他资料详见《威海国际慈善救助血友病患者项目实施方案》。