

附件 2

威海国际慈善爱心基金 2020 年度救助血友病患者汇总表

填报单位（盖章）：

填报时间： 年 月 日

序号	姓名	身份证号码	家庭住址	联系电话	家庭经济状况	自负医疗费（元）	救助金额（元）

填报人：

审核人：

负责人：