附件1

“威海国际·燃起生活希望之光”2023年度血友病

救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |