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） | | | | |