附件2

威海市2024年度“向阳而生·逐光而行”威高血液净化肾病透析救助项目汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 家庭住址 | 联系电话 | 对象类别（低保、特困、其他） | 患者银行账号（I类银行卡） | 开卡 城市 | 个人自负肾病透析医疗费（元） | 拟救助比例 | 拟救助金额（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报单位（盖章）： 　　　　　　　　　　 　　　　　　　 填报时间： 年 月 日

填报人：　　　　　　　　　　 负责人：