附件2

“威海国际·燃起生活希望之光”2024年度血友病救助汇总表

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 年龄 | 身份证号码 | 家庭住址 | 联系电话 | 家庭经济状况(是否低保家庭） | 患者银行账号（I类银行卡） | 开户银行及开卡城市 | 自负医疗费（元） | 救助 比例 | 救助金额（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人：　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 负责人：