附件1

“威海国际·燃起生活希望之光”2024年度血友病救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 | |  | 年龄 |  | | 联系电话 |  |
| 身份证号码 | |  | | | | 家庭住址 | | |  | |
| 用药品  种及数量 | |  | 自负医疗费（元） | |  | 救助比例 |  | | 拟救助额（元） |  |
| 患者银行账号（I类银行卡） | |  | | | | 开户银行及开卡城市 | | |  | |
| 家庭主要  成员情况 | | 姓名 | 与本人关系 | 住址/单位 | | | | | 联系电话 | |
|  |  |  | | | | |  | |
|  |  |  | | | | |  | |
| 家庭经济情况（是否低保） |  | | | | | | | | | |
| 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） | | |