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） |