# 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”

# 造血干细胞移植资助申请表

<table>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>身份证号</td><td></td><td>申请时间</td><td></td></tr>
<tr><td>联系方式</td><td colspan="3"></td><td>移植费用</td><td></td></tr>
<tr><td>是否获得过资助</td><td colspan="5">是否获得中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病资助：<br>☐是，获得资助金额_____万元，获得资助时间：_____年；<br>☐否。</td></tr>
<tr><td>造血干细胞<br>移植<br>就诊医院<br>意见</td><td colspan="5">说明：需注明入仓、出仓时间，须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章，科室和病区盖章无效。<br><br>（医院盖章）<br><br>主治医生（签名 ）：<br>年　月　日</td></tr>
</table>

**说明：造血干细胞移植配型报告复印件需与本表一同提交。**