

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”

先天性心脏病补充资助申请表

申请人姓名		身份证号	
监护人姓名		身份证号	
联系方式			
本次手术情况	手术时间：_____年_____月_____日 手术费用：_____元 报销费用：_____元 自付费用：_____元		
申请人需提供材料明细： 1. 受助患儿住院病案首页、手术记录； 2. 以受助患儿姓名开户的银行存折或银行卡的复印件； 3. 受助患儿术后照片； 4. 本次手术住院收费票据。			