

云南省红十字微公益大病救助申请表

申请人		性别		年龄		联系电话	
身份证号码							
家庭住址							
职工医保 ☐ 居民医保 ☐				诊断医疗机构：			
家庭人口	家庭人口数 人，其中无劳动能力人数 人。						
申请原因	申请原因： 申请人签名：_____ _____ 年____ 月____ 日						
附件资料	❖ 身份证证明：_____份_____页，备注：_____ ❖ 病情证明：_____份_____页，备注：_____ ❖ 出院（门诊）费用发票：_____份_____页，备注：_____ ❖ 银行卡正反面复印件：_____份_____页，备注：_____ ❖ 已获得其他机构救助情况说明：_____ ❖ 其他证明材料：_____份_____页，备注：_____ 说明：1. 材料请按以上顺序附后。 2. 打款银行卡应为本人或者监护人的银行卡（监护人需提供户口簿），建议使用有银行卡功能的二代医保卡。						

诚信条款	1.说明：我承诺我申请材料真实，如有虚假，我已了解红十字会有权向我追回资助资金。 2.是否愿意无偿提供病历资料、救助个案供慈善宣传： ☐愿意 ☐不愿意 救助者签名：_____ 年__月__日
基层红十字会意见 (州、市、县、区红十字会填写)	(如到省级申请救助并由省级发放救助，则不需要签署) 审批意见： 负责人签名：_____ (单位盖章) _____年__月__日
项目组或 专项基金 管委会 意见	经审核，患者信息真实有效，材料完整，理由充分，建议资助， 资助标准_____元。 按一次性☐月☐季☐半年☐年☐发放。 负责人签名：_____ (盖章) _____年__月__日
省级审批 云南省 红十字 人道资 源动员 中心或云 南省红 十字基 金会审 批(可根 据实际 情况选 择)	审批意见： 负责人签名：_____ _____年__月__日
备注	