

<p>村/居委会 审核意见</p>	<p>兹有_____（患者姓名），身份证号_____，家庭住址_____，为我辖区居民，系我村/社区 （必勾选） <input type="checkbox"/> 低保户、<input type="checkbox"/> 五保户、<input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户、<input type="checkbox"/> 残疾人或残疾家庭、<input type="checkbox"/> 低收入家庭、<input type="checkbox"/> 一般家庭、<input type="checkbox"/> 其他_____，现在医院进行治疗，因治疗费用较高，家庭经济条件较差，无力承担全部治疗费用，现向基金会申请医疗救助。以上所述属实。</p> <p style="text-align: right;">审核人签字（必填）： 村/居委会电话（必填）： （盖章） 年 月 日</p>
<p>乡镇/街道 审核意见</p>	<p>上述家庭情况属实。</p> <p style="text-align: right;">审核人签字（必填）： 乡镇/街道电话（必填）： （盖章） 年 月 日</p>
<p>医院意见 （科室主治/管床医生填写）</p>	<p>疾病诊断：_____ 住院号：_____ 病区/床号：_____</p> <p>费用预算：_____ 拟申请金额（选填）：_____ 此次是否存在医疗纠纷：<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>医保类型：_____ 是否系统结算：<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>主治/管床医生签字：_____ 电话：_____</p> <p>护士长签字：_____ 科室主任签字：_____</p>

***备注：以下材料请随本申请表一起提供给医院或医院基金会：**

- (1) 患者身份证正反面复印件；未成年人则提供监护人身份证复印件；
- (2) 患者家庭的户口本复印件（需包含户口本上所有成员）；
- (3) 家庭困难程度证明的复印件，如：低保证、五保证、建档立卡证、残疾证等；
- (4) 家庭成员经济情况证明，如：近半年工资流水、单位开具的收入证明等；
- (5) 住宅外观及客厅照片电子件（微信网上申请时直接上传）；
- (6) 如有房贷、车贷等贷款需提供贷款合同或相关还款证明资料；
- (7) 如主要家庭成员发生过重大疾病或变故并产生较大支出或负债的，请尽量提供疾病诊断、出院记录、发票等相关证明资料；
- (8) 基金会要求的其他辅助性材料（如：网络筹款、商业保险等资料）。

申请流程：准备纸质申请表、证明材料 → 填写电子申请信息（微信扫码右侧二维码，进入基金会公众号，在“联系我们”中点击“助医申请”）→ 纸质材料提交至医院或医院基金会。



患者申请不代表获得资助，以基金会审核为准。提供的资料如有虚假、隐瞒或不实描述，基金会有权不予资助或保留追缴救助金的权利，并追究法律责任。