附件1

四川省医药爱心扶贫基金会

第二批计划生育特殊家庭成员重大疾病救助项目申请表

所在市（州）： 县（市、区）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号 |  |
| 联系地址 |  |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 账户名 |  | 银行卡号 |  |
| 开户行**（如开户行是支行，则必须完整填写到XX支行）** |  |
| 个人承诺 | 本人承诺：知晓该项目资金为爱心人士捐赠，在了解项目救助条件和救助标准的情况下自愿提出申请，认可基金会通过综合考虑所有申请者年度住院情况确定救助对象和救助金额。**在救助资金不足时，对未能享受到救助不存在异议。**本人对以上信息及申请材料、住院费用数据的真实性负责。 本人签字（捺手印）： 年 月 日 |
| 市（州）卫健委意见 | 经核实该申请对象符合所有救助条件，情况属实，同意救助。签字并盖章： 年 月 日 |

注：1．申请表须由本人填写，若本人不能填写，可由亲属代写，但需本人在“本人签字”处盖手印；

1. 提供的银行卡号、开户名、开户行需是本人持有的，若本人无银行卡号可提供直系亲属的银行卡号，但须提交代领人身份证复印件及户口本复印件以证其直系亲属关系。
2. 请各市（州）卫健委将项目申请表、身份证、银行卡、城乡居民医保结算单、出院证明、民政等其他救助凭证复印件、困难证明原件及其他相关申请材料一并保存。