**救助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出生年月 |  |
| 通讯地址 | |  | | | | | | 邮政编码 |  |
| 联系电话 | |  | | | | | | | |
| 证件号码 | | （附身份证复印件） | | | | | 家庭平均年收入 | |  |
| 紧急联系人/电话 | | |  | | | | 和申请人关系 | |  |
| 就诊医院 | | | 医疗救助申请人填写 | | | | | | |
| 主管医生 | | |  | | | | 主管医生  所属科室 | |  |
| 家庭成员情况 | 与申请  人关系 | | 姓 名 | | 年 龄 | | 工作单位 | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
| 申请人情况说明： | | | | | | | | | |
| 作为申请者本人承诺以上所填内容均真实、准确、无任何虚假。否则愿意承担由此引起的一切法律责任。  申请人（监护人）签字  日期 | | | | | | | | | |