**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 |