



吉林省红十字会肿瘤救助基金申请表

| | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----|
| 姓名 | | 性别 | | 照片 |
| 出生日期 | | 联系电话 | | |
| 身份证 | | | | |
| 家庭住址 | | | | |
| 医保类型 | 城乡居民医保 <input type="checkbox"/> | 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> | 无保险 <input type="checkbox"/> | |
| 家庭情况 | 特困供养户 <input type="checkbox"/> | 低保户 <input type="checkbox"/> | 残障人士 <input type="checkbox"/> | |
| | 城乡居民 <input type="checkbox"/> | 城镇职工 <input type="checkbox"/> | 其他 _____ | |
| 本人职业 _____ 家庭人口 _____ 年人均收入 _____ 万元 | | | | |
| 家属姓名: | | 联系电话 | | |
| 疾病及治疗情况: 已确诊: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 近2个月确诊或治疗的医院: _____ 已经接受治疗: 手术 <input type="checkbox"/> 放疗 <input type="checkbox"/> 化疗 <input type="checkbox"/> 药物治疗 <input type="checkbox"/> 保守治疗 <input type="checkbox"/> 申请治疗方式: 手术 <input type="checkbox"/> 放疗 <input type="checkbox"/> 化疗 <input type="checkbox"/> | | | | |
| 申请理由 (50-100字): | | | | |
| 诚信承诺: 以上所提供信息情况属实, 如有不符, 本人愿承担相应责任。 本人签字: _____ 年 月 日 | | | | |

注: 本人职业需填写现在工作情况, 家庭情况栏中其他项需详细填写。



吉林省红十字会肿瘤救助基金申请表

所在社区（村）委员会意见：

年 月 日

市（州）、县（市、区）红十字会意见：

年 月 日

吉林省红十字会意见：

年 月 日

温馨提示：申请人所需提供的救助资料（一式两份）

1. 求助人最新病情诊断证明复印件
2. 求助人身份证和户口本复印件。
3. 求助人最新二寸免冠照片二张。
4. 以上证明材料另附，与本申请表一同申报。

咨询电话：0431-88904957 0431-88906591