编号

**洪泉慈善基金（助医）资助会诊申请表**

**（20 年 月 日）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓 名 |  | | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | 职业 | | |  | | | 月收入（元） | | |  | |
| 家 庭  住 址 |  | | | | | | | 联系电话 | |  | | | | | | | 是否低保或重残 | | |  | |
| 银 行  卡 号 |  | | | | | | | 持卡人  姓名 | |  | | 开户行 | | | |  | | | | | |
| 手术(项目)名称 | | |  | | | | | 手术日期 | |  | | 手术时间是否超3小时 | | | | | | * 是   □ 否 | | | |
| 会诊医生单位及科室 | | |  | | | | | 会诊医生 | |  | | 会诊费用 | | | | | |  | | |
| 家 庭 主 要 成 员 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | 与申请人关系 | | | 年龄 | | 工 作 单 位 及  从 事 职 业 | | | | | | | | 月收入  （元） | | | | 身 体  状 况 | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | |  | |  | | | | | | | |  | | | |  | |
| 村或社区  （当地医院）  意 见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | 居住地  民政办  意 见 | | | | （盖章）    年 月 日 | | | | | | | |
| 扬州洪泉  医院  初审意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | 洪泉慈  善基金  会复审  意 见 | | | | （盖章）    年 月 日 | | | | | | | |