

附 4

## 先天性结构畸形救助项目个人申请表

申请人治疗前后照片

申请人姓名：\_\_\_\_\_性别：\_\_\_\_ 出生年月日：\_\_\_\_\_

监护人姓名：\_\_\_\_\_与申请人关系：\_\_\_\_\_

监护人身份证号码：\_\_\_\_\_

家庭电话：\_\_\_\_\_

手机：\_\_\_\_\_（请务必提供正确的联系方式，以便后续沟通）

户籍所在地：\_\_\_\_\_省（市、区）\_\_\_\_\_市（州）\_\_\_\_\_县（市、  
区）\_\_\_\_\_乡（镇）村

通讯地址：\_\_\_\_\_

邮编：\_\_\_\_\_

申请日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 申请须知

1. 本申请表由中国出生缺陷干预救助基金会（以下简称基金会）制作并负责解释。
2. 项目申请对象为**18周岁以下（含）、家庭贫困、临床确诊为先天性结构畸形的患儿**。
3. 本项目仅针对患儿救助申请日期的上一年度1月1日（含）以后在项目定点医疗机构产生的医疗费用进行补助。
4. 本申请表由申请人法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。
5. 为保证治疗效果和项目真实性，申请人须已在项目定点医疗机构接收诊断、手术或相关治疗，并通过项目定点医疗机构进行申请。
6. 本申请表的递交并不**代表可以获得救助**，申请资料一经递交**不予退回**。
7. 先天性结构畸形救助项目对符合救助要求的先天性结构畸形患儿为**一次性救助**，对已获得一次救助的患儿**不受理重复申请**。**社会定向捐助的患儿除外**。
8. 对申请资料中出现的**虚假、伪造、隐瞒**等行为，**一经发现，将不予救助**；如已获救助，基金会保留依法追索救助金的权利。
9. 申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方自行处理，基金会**不承担任何责任**。
10. **获得救助的申请人监护人有责任和义务配合基金提供必要的文字、照片、影像等宣传资料，并同意使用申请人照片、影像等资料。**

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申请规定。

申请人或/并其监护人（签名或按手印）：

年 月 日

## 申请人基本信息及申请救助理由

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
家庭成员 情况	姓名	年龄	与申请人关系	身份证号	工作或学习 单位		
家庭经济 状况	户籍性质	A. 农业 B. 非农业		家庭人口总数			
	主要收入 来源						
	家庭年收入 (元)			人均年收入 (元)			
申请救助 理由	<p>申请人或其监护人签名：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>						

## 申请人医疗情况简述

1. 申请人确诊时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
确诊医院：\_\_\_\_\_；确诊病名：\_\_\_\_\_；
2. 治疗所在医疗机构名称：\_\_\_\_\_，治疗效果：\_\_\_\_\_；
3. 治疗时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日；
4. 治疗期间费用总额：\_\_\_\_\_元；其中家庭自付费用：\_\_\_\_\_元；
5. 申请人是否有医疗保险（须如实填写）？如有，具体报销比例是多少？

## 申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1. **身份证明材料：**证明申请人与其法定监护人关系的户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生医学证明复印件，或户籍地派出所开具的监护关系证明原件及申请人近期照片。孤儿需提供当地民政局或福利院证明原件。
2. **病情和治疗证明材料：**定点医疗机构出具的患儿病情诊断证明、住院首页及病历、出院记录、相关医学影像资料报告单原件（或加盖医院章的复印件），如有门（急）诊自付费用应一并提供门（急）诊记录。
3. **家庭经济贫困证明材料：**村（居）委会等出具的贫困证明原件，或低保证、低收入证、建档立卡贫困户证明材料复印件（由定点医疗机构核查原件）。
4. **以上证明材料另附，**与本申请表一起申请。如需留存请自行复印备份。

## 评审单位意见

初审意见	联系电话： (定点医疗机构盖章) 经办人签字：  年 月 日
专家复审意见	联系电话： (项目管理机构盖章) 经办人签字：  年 月 日
复核意见	联系电话： (基金会盖章) 经办人签字：  年 月 日