

姓 名		性 别		出生日期	
家庭地址				邮政编码	
联系方式					
疾病名称			诊断医院		
家庭主要成员情况					
姓 名	与患者关系	职 业		年收入	
浙 江 省 内 户 籍 证 明	粘贴处				
当地 政府 出具 贫困 证明	粘贴处				

享受 医疗 保险 和 新 农 村 合 作 医 疗 证 明	粘贴处				
医院 出 具 的 诊 断 书	粘贴处				
县 慈 善 总 会 审 核 意 见	盖章	市 慈 善 总 会 审 核 意 见	盖章	省慈善联合总会审核意见	盖章
本人承诺，以上内容均属真实 本人或监护人签名： 日期： 年 月 日					

“福彩儿童慈爱基金” 儿童大病救助项目

申 请 表

患者姓名： _____

填表日期： _____

浙江省慈善联合总会制