

## 附件 4

编号： 2020 \_\_\_\_\_

# 福建省红十字会福万通少儿重特大疾病 医疗人道救助申请表

申请人姓名： \_\_\_\_\_ 身份证号码： \_\_\_\_\_

性 别： \_\_\_\_\_ 社保卡号： \_\_\_\_\_

监护人姓名： \_\_\_\_\_ 与申请人关系： \_\_\_\_\_

家庭电话： \_\_\_\_\_ 手 机： \_\_\_\_\_

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

通讯地址： \_\_\_\_\_ 省（市、区） \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_ 乡（镇） \_\_\_\_\_ 村

邮 编： \_\_\_\_\_

# 申请告知书

1. 福建省红十字会福万通少儿重特大疾病医疗人道救助专项基金（以下简称“福万通少儿大病救助基金”），用于救助我省贫困家庭（低保家庭、建档立卡贫困户、重度残疾人家庭[二级（含）以上]、贫困家庭）患重特大疾病的0—14周岁儿童，由省红十字会负责筹集、管理和使用。

2. 符合条件的申请对象，应如实填写申请表，同时必须提供家庭困难情况证明复印件，以及由治疗医院出具并加盖医院有效印章的疾病及费用证明材料（疾病诊断书、住院病历首页、治疗费用发票、出院小结、医保结算单等）。

3. 申请人必须保证所提供资料的真实性，如发现有不实情况，红十字会将不予受理或收回救助金并追究相关责任。原则上每人每年度救助一次。

4. 申请时必须提供申请人本人姓名的银行卡或存折账号，救助金将由省红十字会直接汇入此银行账户。为便于接受社会监督，符合条件的受助对象及救助金额等将通过省红十字会网站公示，受助对象的其他情况因工作需要也将通过相关媒体对外公布。

5. 本申请表的接收并不代表一定能获得救助。受理申请和评审认定可能需要进一步要求您补充提供相关证明。申请资料一经受理将不予退回。如您符合条件并获得了救助，请在收到救助金后，及时告知受理申请的红十字会。

6. 获得救助的申请人（监护人），有责任和义务为各级红十字会提供必要的配合相关宣传活动的文字、照片、影像等资料，并同意使用所提供的资料。

**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（监护人）签名：

年 月 日



以下栏目由定点医院填写并审核			
疾病诊断			
住院日期			
治疗总费用(元)			
医保报销 (元)		个人负担 (元)	
定点医院 初审意见	<p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名:                      联系电话:                      年    月    日</p>		
定点医院 复审意见	<p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名:                      联系电话:                      年    月    日</p>		
省红十字会 审核意见	<p>申请人符合救助条件, 按标准发放救助金额_____元。</p> <p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名:                      年    月    日</p>		

## 证明材料粘贴单

### 温馨提示：

申请人需提供以下材料并按顺序粘贴：

#### 1. 身份证明材料：

- ①申请人的医保卡、户口簿首页及本人页复印件；
- ②监护人身份证和户口簿复印件；
- ③申请人与监护人关系证明材料。

#### 2. 贫困家庭证明(有相关证件提供复印件,开具的证明需提供原件)：

#### 3. 患儿本人银行卡或存折复印件。

#### 4. 医疗单据：

以下三种票据均为合格

- ①医疗机构开具的医疗收费票据原件；
- ②加盖医保部门公章的医保结算单原件；
- ③商业保险理赔单原件及原始医疗票据复印件并加盖保险公司公章。

#### 5. 疾病住院证明材料：

- ① 疾病诊断书；
- ② 住院病历；
- ② 出院小结。

---

抄送：福建省立医院、福建医科大学附属协和医院、福建医科大学附属第一医院、泉州市第一医院、厦门市第一医院、莆田学院附属医院、漳州市医院、三明市第一医院、南平市第一医院。

---

福建省红十字会办公室

2020年12月18日印发

---