**附件1：**

**“幸福心动·情暖梵净”**

**——铜仁市先心病患者公益救助活动申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 患儿姓名 |  | 出生年月 |  | 性 别 |  | 相 片(由上海医大医院负责) |
| 身份证 |  | | | 民 族 |  |
| 监护人 |  | 联系方式 |  | 亲属关系 |  |
| 是否  困难  家庭 |  | 家庭住址 |  | | |
| 是否参保 |  | 医保号码 |  | | | |
| 个人申请 | 因我家儿子(女儿)患有先天性心脏病，需手术治疗，自愿申请前往上海医大医院接受治疗。  申请人签字(手印)：  年 月 日 | | | | | | |
| 村（居）民委员会意见 | (公章)  经办人签字: 年 月 日 | | | | | | |
| 县级计生协意见 | (公章)  经办人签字: 年 月 日 | | | | | | |
| 医院意见 | (公章)  院领导签字: 年 月 日 | | | | | | |
| 注:村（居）委会意见主要是证明该户是否是困难家庭。本表一份县级协会留存、一份上海医大医院救助凭证（可复印）。 | | | | | | | |