**泰州市慈善中医院慈善救助申请表**

基本情况：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | |
| 病区 |  | 床号 |  | | 病案号 |  | |
| 入院时间 | |  | | | 出院时间 |  | |
| 入院诊断 | |  | | | 出院诊断 |  | |
| 家庭地址 | |  | | | 联系电话 |  | |
| 家庭情况简介  及减免原因 | |  | | | | | |
| 所在居委会  或村委会意见 | | 盖章 | | | | | |
| 医药费总额（元） | |  | | 自费金额（元） | | |  |
| 科主任/护士长签字 | |  | | | | | |
| 审核情况： | | | | | | | |
| 救 助 金 额（元） | |  | | 扎口部门签字 | | |  |
| 慈善办公室签字 | |  | | | | | |
| 审计处签字 | |  | | | | | |
| 慈善机构签字 | |  | | | | | |
| 院 长 签 字 | |  | | | | | |

**说明**：

一、所在居委会或村委会意见：家庭困难情况是否属实。

二、申请并经审核同意后，按照慈善救助类别进行救助。

三、特别救助以及减免数额较大的应在慈善中医院网站内公示。