

## 江苏省瑞华慈善基金会—\_\_\_\_\_医院医疗救助项目申请表 (2021 版)

患者姓名：\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

身份证号码：\_\_\_\_\_ 户籍所在地：\_\_\_\_\_

(照片黏贴处)

<b>家庭房产</b>	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 仅有一处 <input type="checkbox"/> 两处及以上房产				
	房产 1: 性质/类型: <input type="checkbox"/> 农村自建房 <input type="checkbox"/> 拆迁安置房 <input type="checkbox"/> 商品房 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	总面积: _____平方米 估值: _____万元 详细地址: _____				
	房产 2: 性质/类型: <input type="checkbox"/> 农村自建房 <input type="checkbox"/> 拆迁安置房 <input type="checkbox"/> 商品房 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	总面积: _____平方米 估值: _____万元 详细地址: _____				
<b>家庭车辆</b>	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 仅有一辆 <input type="checkbox"/> 两辆及以上    品牌型号: _____ 估值: _____万元				
<b>家庭成员信息</b> (填写对象包括本人、配偶、父母、子女等直系亲属)	姓 名	与患者关系	年 龄	职 业	年 收 入 ( 万 元 )
<b>家庭债务</b>	房贷_____万元; 助学贷款_____万元; 亲属借款_____万元; 其他商业贷款_____万元				
<b>网络筹款</b>	是否有其他资助或筹款: <input type="checkbox"/> 有 名称: _____ 金额: _____万元 <input type="checkbox"/> 否				
<b>商业保险</b>	是否有商业医疗保险: <input type="checkbox"/> 有 名称: _____ <input type="checkbox"/> 否				
<b>申请原因</b> (请简述家庭成员及成员工作、收入等情况; 家庭近 5 年来重大支出或变故等情况)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>申请人声明: 以上所填写内容真实、完整。</p> <p>与患者关系 : _____ 联系电话: _____</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>申请人签名: _____</p> <p>申请日期: _____</p> </div> </div>				

