**“爱目行动”医疗帮扶申请表**

|  |
| --- |
| 个人资料填写 |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | 出生日期 |  |
| 联络方式 | 手机: 住宅: |
| 户籍地址 |  |
| 居住地址 |  同户籍地址 |
| 监护人姓名 |  | 和申请人关系 |  | 家庭年总收入（元） |  |
| 病况自述 | (发病时间、主要症状、治疗经过、目前情况、相关检查、是否伴有其它疾病…) |
| 确诊疾病 |  | 确诊医院 | 医院级别 |
|  |  |
| 治疗方法/医生建议 |  |
| 备注(特殊情况及需求) |  |
| 签章 | 申请人本人 |  | 申请人之监护人 |  |
| 申请时间: 年 月 日---申请表请按照实际情况，认真填写---  |