**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。