**洛阳市为贫困患者“献爱心”免费救治活动申请表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 年龄 |  | 职业 |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 | | |  | | |
| 医保证号码 |  | | | 低保证号码 | | |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | |
| 因患何种疾病申请援助：  泌尿系结石 □ 肾积水 □ 肾囊肿（良性） □  前列腺增生 □ 腰椎间盘突出 □ 骨性关节炎 □ 其它 □ | | | | | | | | | |
| 申请人病情  概述 | |  | | | | | | | |
| 乡（办事处）  村（居委会）  审批意见 | | 村（居委会）  年 月 日 | | | 乡（办事处）  年 月 日 | | | | |
| 审批意见 | | 洛阳市慈善总会  年 月 日 | | | 中信中心医院  年 月 日 | | | | |

**申请人（签字）：**

**日期：**

**洛阳市为残疾人患者“献爱心”救治活动申请表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 年龄 |  | | 职业 |  |
| 家庭住址 |  | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 医保证号码 |  | | | 残疾证号码 | | | |  | | |
| 低保证号码 |  | | | 身份证号码 | | | |  | | |
| 因患何种疾病申请援助：  肾结石 □ 肾积水□ 肾肿瘤（良性）□ 前列腺增生 □  腰椎间盘突出 □ 骨性关节炎 □ 其它 □ | | | | | | | | | | |
| 申请人病情  概述 | |  | | | | | | | | |
| 村（居委会）乡（办事处）审批意见 | | 村（居委会）  年 月 日 | | | 乡（办事处）  年 月 日 | | | | | |
| 审批意见 | | 洛阳市残疾人康复协会  年 月 日 | | | 中信中心医院  年 月 日 | | | | | |

**申请人（签字）：**

**日期：**