**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：**