



吉林省红十字会肿瘤救助申请表

姓 名		性 别		照片
出生日期		联系电话		
身 份 证				
家庭住址				
医保类型	<input type="checkbox"/> 城乡居民医保 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 无保险			
家庭情况	<input type="checkbox"/> 最低生活保障对象 <input type="checkbox"/> 最低生活保障边缘家庭成员 <input type="checkbox"/> 刚性支出困难家庭成员 <input type="checkbox"/> 防止返贫监测对象 <input type="checkbox"/> 经济困难家庭中的学生 <input type="checkbox"/> 登记失业人员 <input type="checkbox"/> 重病患者 <input type="checkbox"/> 重度残疾 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	现本人职业 _____ 家庭人口 _____ 年人均收入 _____ 万元			
家属姓名		联系电话		
疾病及治疗情况： _____ 已确诊： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 近2个月确诊或治疗的医院： _____ 已经接受治疗： <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 放疗 <input type="checkbox"/> 化疗 <input type="checkbox"/> 药物治疗 <input type="checkbox"/> 保守治疗 申请治疗方式： <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 放疗 <input type="checkbox"/> 化疗				
申请理由（50-100字）：				
诚信承诺：以上所提供信息情况属实，如有不符，本人愿承担相应责任。 <div style="text-align: right;">本人签字： _____ 年 月 日</div>				

所在社区（村）委员会意见：

年 月 日

县（市、区）红十字会意见：

年 月 日

温馨提示：申请人所需提供的救助资料（一式两份）

1. 求助人最新病情诊断证明复印件；
2. 求助人身份证和户口本复印件；
3. 求助人最新2寸免冠照片2张；
4. 以上证明材料另附，与本申请表一同申报。