

中国初级卫生保健基金会
 爱不罕见康付同行, 罕见病关爱系列活动项目
 患者基本信息登记表

申请人信息填写	姓名		性别		年龄		黏贴照片 (一寸近照)	
	身份证号码	□□□□□□□□□□□□□□□□□□						
	联系电话							
	第一联系人姓名: _____ 电话: _____ 与申请人关系: _____							
	家庭住址	_____ 省 _____ 市 _____						
	家庭成员名单: 姓名: _____ 与申请人关系: _____ 姓名: _____ 与申请人关系: _____ 姓名: _____ 与申请人关系: _____ *填写说明: 1. 已满 18 周岁的患者, 如为已婚需填写配偶信息, 提交本人及配偶经济收入证明; 如未婚只需填写本人信息, 提交本人经济证明。 2. 未满 18 周岁的患者, 需同时填写父母相关信息, 提交父母经济收入证明。							
家庭成员数数		上年度家庭全年总收入						
医保情况	参保城市	_____ 省 _____ 市		医保报销比例	%			
	参保类型	<input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 新农合医保 <input type="checkbox"/> 其它						
申请理由	患者本人签字: _____ 日期: _____							

备注: 此援助项目为慈善患者援助, 将受到国家有关部门审计, 请如实填写, 如有不实或隐瞒, 将取消援助资格, 情节严重将负法律责任。

爱不罕见康付同行, 罕见病关爱系列活动项目
直系亲属收入证明

直系亲属收入证明 (1)	
<p>姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 与申请人关系: _____ 联系方式: _____ 以下情况请您如实填写: 工作单位: _____ 工作部门及职位: _____ 工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年 兹证明 _____ 同志在本单位的上年度全年总收入 _____ 元 (年收入包括工资、奖金、补贴、股票、基金等全部收入) 本年度平均月收入 _____ 元, 特此证明。</p> <p>证明人签字: _____ 证明人职务: _____ 证明人联系电话: _____ 证明部门盖章: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (证明章要求: 人事章、财务章或公章)</p>	
直系亲属收入证明 (2)	
<p>姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 与申请人关系: _____ 联系方式: _____ 以下情况请您如实填写: 工作单位: _____ 工作部门及职位: _____ 工作时间: 自 _____ 年至 _____ 年 兹证明 _____ 同志在本单位的上年度全年总收入 _____ 元 (年收入包括工资、奖金、补贴、股票、基金等全部收入) 本年度平均月收入 _____ 元, 特此证明。</p> <p>证明人签字: _____ 证明人职务: _____ 证明人联系电话: _____ 证明部门盖章: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (证明章要求: 人事章、财务章或公章)</p>	

备注:

1. 此援助项目为公益慈善援助, 将受到国家有关部门审计, 请如实填写, 经调查有不实或隐瞒, 将取消援助, 情节严重者将负法律责任。
2. 工作情况包括: 固定工作、临时工作、个体经营或务农等情况, 请详细填写。
3. 证明部门: 申请人常住地居委会、村委会、乡镇政府、街道办事处及以上部门