



吉林省红十字会肿瘤救助基金申请表

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	城乡居民医保 ☐ 城镇职工医保 ☐ 无保险 ☐			
家庭情况	特困供养户 ☐ 低保户 ☐ 残障人士 ☐			
	城乡居民 ☐ 城镇职工 ☐ 其他 _____			
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: 是 ☐ 否 ☐ 近2个月确诊或治疗的医院: _____ 已经接受治疗: 手术 ☐ 放疗 ☐ 化疗 ☐ 药物治疗 ☐ 保守治疗 ☐ 申请治疗方式: 手术 ☐ 放疗 ☐ 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。 本人签字: _____ 年 月 日				

注: 本人职业需填写现在工作情况, 家庭情况栏中其他项需详细填写。



吉林省红十字会肿瘤救助基金申请表

所在社区（村）委员会意见：

年 月 日

市（州）、县（市、区）红十字会意见：

年 月 日

吉林省红十字会意见：

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.求助人最新二寸免冠照片二张。
- 4.以上证明材料另附，与本申请表一同申报。

咨询电话：0431-88904957 0431-88906591