中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目
患者申请表

患者姓名		唯一号码			
性　　别		联系电话			
身份证号码		户籍所在地			
邮寄地址					
紧急联系人姓名 1		联系电话		与患者关系	
紧急联系人姓名 2		联系电话		与患者关系	
经济状况	请在下列二种类型中选择一种，在括号内打 √ 低保户/建档立卡户（　　）中低收入患者（　　）				
获得低保户/建档立卡户证书时间	_____年 __月___日	患病确诊时间	_____年__月___日		
		开始服用槐耳颗粒时间	_____年__月___日		
诊断结果		本次申请已购药金额	_____（元）		
本次申请已购药数量（盒）	_____（盒）	本次个人支付药品金额	_____（元）		
患者开户银行全称		患者开户银行帐号			
代领人姓名		联系电话		与患者关系	
代领人地址					
代领人开户银行全称		代领人开户银行帐号			

患者需要提供以下纸质材料:

1. 《患者申请表》（线上申请患者无需提供）
2. 患者的身份证正反面复印件
3. 《患者知情同意书》（中华慈善总会保留页）
4. 患者(或委托代领人）的银行卡复印件
5. 疾病诊断报告
6. 购药发票（如发票中未体现医保报销的，需上传医保结算单或其他付款凭证）
7. 新版《患者援助资金领取凭证》（如委托代领需提供《援助资金领取委代书》和代领人身份证复印件）
8. 低保户或建档立卡户需提供低保证明材料及近两个月低保金银行流水

中华慈善总会槐耳项目办公室意见（此项无须患者填写）

年　　月　　日