



# 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√ 病前低保户或精准扶贫对象（ ） 中低收入者（ ）		
获得低保户或精确 扶贫对象证书时间	_____年__月__日	患病确诊时间	_____年__月__日
诊断结果		开始服用 槐耳颗粒时间	_____年__月__日
本次申请 已购药数量（盒）	_____（盒）	本次申请 已购药金额	_____（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. 购药发票原件或复印件 7. 《患者援助资金领取凭证》（如委托代领需提供《援助资金委托代领书》及代领人身份证复印件） 8. 病前低保户或精准扶贫对象，需提供低保户或精准扶贫对象证明材料			
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			