



中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目 患者援助资金领取凭证

患者姓名：_____ 患者身份证号码：_____

患者唯一号码：_____ 批准通知时间：_____

患者类别： ☐ 中低收入患者 ☐ 低保户（建档立卡户）

本次合计购药数量：_____盒，本次个人支付药品金额：_____元

本次领到中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目援助金：_____元

患者在开户银行预留电话号码：_____

患者签名：_____ 签字日期：_____

特别提示：以上药品仅指“槐耳颗粒”

填写勿涂改，签名必工整。

填写完毕，请邮寄至北京市西城区100034信箱34分箱（仅接收中国邮政EMS）