

# 中国红十字基金会爱婴室母婴关爱基金

## 资助申请表（儿童版）

### 一、 申报须知

1. 本资助申请表由中国红十字基金会爱婴室母婴关爱基金（以下简称“爱婴室基金”）制作，解释权归爱婴室基金所有；
2. 该项目救助范围为具有中国国籍的贫困重症母婴，即育儿期（孩子3岁以下，包括怀孕中）的妈妈和0岁至14周岁的孩子；
3. 患儿的申请资料须由其法定监护人填报，并确保所有申请资料的真实性和完整性；
4. 本申请表的递交并不代表已经获得救助资格；
5. 爱婴室基金负责所有申报资料的审核和审批工作，申请时间按补充提交相关资料之日计算；申请资料一经递交不予退回；
6. 获得救助资格的患儿资助款的拨付由爱婴室基金统一协调负责；
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，爱婴室基金将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将依法追究法律责任；
8. 所有得到资助的患者或患者监护人均有责任和义务为捐助者提供必要的文字、照片、影像等材料；
9. 所有得到医疗资助的患者或患者监护人均有责任和义务配合爱婴室基金用于公益目的宣传和采访活动，并同意使用照片、影像等资料。
10. 本申请表及相关申报材料请快递至：上海市浦东新区杨高南路729号陆家嘴世纪金融广场1号楼5层 爱婴室母婴关爱基金办公室（收）；电话：021-58203615。

我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患儿监护人签字：\_\_\_\_\_

申报日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 二、患儿基本情况及申请陈述

姓名		性别	
出生日期	年 月 日	民族	
户口所在地	_____省（市）_____市（县）_____		
通讯地址	_____省_____市（县）_____		
监护人姓名		联系电话	
监护人身份证号码			
家庭人口		家庭劳动力人口	
户籍性质	A. 农业 B. 非农业	主要收入来源	
监护人家庭主要成员情况			
家庭关系	姓名	年龄	工作/学习地点
			年收入
家庭所在地区居委会或村委会意见：   证明人签字：_____ 证明人电话：_____			
（盖章） 年 月 日			
确诊时间			
现就诊医院			
现在是否住院治疗？ （请勾选）	<input type="checkbox"/> 是，请注明在哪家医院进行治疗？_____		
	<input type="checkbox"/> 否		

爱婴室母婴关爱基金办公室联系方式：

021-58203615, 010-85594882

主治医生或住院医生对申请人医疗情况描述：

医生签名（签章）：

患儿监护人申请陈述：

爱婴室母婴关爱基金办公室联系方式：

021-58203615， 010-85594882

### 三、申请表附件材料对照表

请随申请表一并附上以下材料，并在仔细对照检查是否齐全。如资料不齐全，可能会导致申请失败或受理期限延长。

所需材料	备注	如备齐，请对照打钩
*患儿生活照片 5 寸 1 张		
*患儿本人户口本或出生证明复印件	如提供户口本复印件，须能反应出患儿与监护人的关系，或一并提供索引页	
*患儿监护人户口本复印件		
*患儿监护人身份证复印件		
*最新医疗诊断证明 <b>原件</b>	需医院出具并加盖公章	
*患儿本人的正规医疗发票 <b>原件</b> 。如票据已用作医保、新农合或商业保险报销，须提供 <b>报销结算单原件</b> 替代医疗发票	如提供报销结算单原件，须一并提供报销后的住院医疗收据和报销补偿单的复印件以佐证，所有复印件均须加盖报销部门公章。	
*经济情况证明 <b>原件</b>	需居委会或者村委会出具并加盖公章	
●贫困证/低保户证明等	此项为非必须项，但如提供有效贫困证明可提高申请优先级	

请填写接收资助款账户信息（提交孩子的银行账户信息）

*户名	
*账号	
*开户行名称 (具体到支行名称)	

爱婴室母婴关爱基金办公室联系方式：

021-58203615，010-85594882