

中国红十字基金会“小天使基金人道关怀金第三期项目”
资助申请表（第二/三次造血干细胞移植患儿）

中国红十字基金会制（2025年）

申请人（患儿） 姓名		身份证号码			
联系人		联系电话			
户籍地址		现住址			
家庭人均收入	元/年	患儿家庭 特殊情况	☐ 低保户 ☐ 军烈属家庭 ☐ 残疾家庭 ☐ 孤儿		
本次移植总费用		医保报销金额		移植自费金额	
“小天使基金” 资助信息	获得“小天使基金”（含“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”） 资助情况：_____年 ☐ 获得资助 <u>5</u> 万元， ☐ 在原来获得3万元基础上获得 <u>2</u> 万元资助款。 （二选一，在相应的方框上打勾） 受助时曾用名（若未曾改名，填“无”）：_____。				
第一次移植 治疗信息	确诊时间：_____ 病型：_____ 移植医院：_____ 供者： ☐ 亲缘（关系_____）、 ☐ 非血缘、 ☐ 自体移植 入仓时间：_____ 出仓时间：_____				
造血干细胞移植 就诊医院意见	患者病情简述（复发后治疗及二次/三次移植情况，包括：供者，入仓、回输及出仓时间，总体治疗情况，患儿现状等）； （医院盖章） 主治医生（签名）： 年 月 日 须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章，科室和病区盖章无效。				

说明：两类材料①能证明移植回输和出入仓时间的文件（患儿病案复印件或者诊断证明）、②本次造血干细胞移植配型报告复印件，须与本表一同提交。

邮寄地址：北京市东城区干面胡同53号“小天使基金”收，联系电话：010-85594883、010-85594850