

中国红十字基金会爱婴室母婴关爱基金

资助申请表（妈妈版）

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困难家庭重症母婴，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. 患者的申请资料须由其本人或其直系亲属填报，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；
6. 获得救助资格的患者资助款的拨付由爱婴室基金统一协调负责；爱婴室基金为一次性救助，申请人在获得基金资助前，死亡或痊愈，或已通过中国红基会获得其他渠道的资助，则终止资助，对已获得一次救助的申请人不受理重复申请。
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。

申请人签字：_____

申报日期：_____年____月____日

二、申请人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) _____		
家庭人口		家庭劳动力人口	
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
<p>家庭所在地区居委会或村委会意见：</p> <p>证明人签字： _____ 证明人电话： _____</p> <p style="text-align: right;">(盖章) 年 月 日</p>			
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）：

申请人申请陈述：

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
*申请人生活照片 1 张		
*申请人本人户口本和身份证复印件		
*申请人妊娠证明或子女出生证明复印件		
*医院出具并加盖公章的医疗诊断证明	原件	
*本人的正规医疗发票原件。 如票据已用作医保、新农合或商业保险报销，须提供报销结算单原件替代医疗发票	请提交正规发票及医保、新农合、商业保险报销凭证盖章件	
●低保户证明等	此项为非必须项，但如提供有效证明可提高申请优先级	

请填写接收资助款账户信息（提交患者本人的银行账户信息）

*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