

中国红十字基金会“小天使基金人道关怀金项目” (造血干细胞二次移植患儿)资助申请表

填表时间： 年 月 日

申请人(患儿) 姓名		身份证号码	
联系人		联系电话	移植总费用
医保类型： <input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 无医保		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”)资助时间：_____年，资助金额_____万元。 受助时曾用名(若未曾改名，填“无”)：_____。		
造血干细胞移植 就诊医院 意见	二次移植造血干细胞回输时间： 患者病情简述： <div style="text-align: right;"> (医院盖章) 主治医生(签名)：_____ _____年 月 日 </div> (注意：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：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104“小天使基金”收，联系电话：010-85594883、010-85594859