

申请人姓名		性别		身份证号	
家庭住址				所属行政村 (居委会)	
单位名称				联系电话	
直属亲属姓名		关系		联系电话	
接受过的其他 救助(元)	(注明救助机构及金额)				
病情介绍					
救助对象 银行帐户	户名： 开户行： 银行 支行 账号：				
是否申请救助 和接受定点医 疗机构治疗	患者或家属签字：				
患者承诺书 (水印部分由 申请人描写)	<p>本人对申报材料的真实性负责，如因内容虚假、伪造或隐瞒等行为造成的负面后果，由本人自行承担；已获得救助的，河南省红十字会保留依法追索救助款的权利。</p> <p>申请人签字(手印)：</p>				

县、区红十字会意见	情况属实。 负责人签字： (盖章)： 年 月 日
市红十字会意见	情况属实。 负责人签字： (盖章)： 年 月 日
基金管理委员会、省红十字会意见	同意发放救助金 元人民币。 (盖章) 年 月 日
备注	1. 患者本人或监护人的户口本、身份证复印件；脱贫户或者由村委会(居委会)开具的家庭困难证明原件、军烈属患者证明、残疾证；年度诊断证明原件（盖诊断证明章）；年度住院病案首页（盖病案管理复印章）；年度医疗票据；患者银行卡复印件。 2. 本申请表的移交仅用于资料审核并不代表即可获得救助，申请资料一经递交不予退回。 3. 收到救助金后，请您及时告知省红十字会，并有义务配合相关宣传、回访等工作。