



吉林省红十字会肿瘤救助基金申请表

姓 名		性 别		照片
出生日期		联系电话		
身份证				
家庭住址				
医保类型	农合 ☐ 职工医保 ☐ 居民医保 ☐ 无保险 ☐			
家庭情况	五保户 ☐ 低保户 ☐ 残疾人士 ☐			
	军烈属 ☐ 公安英模家属 ☐ 困难家庭 ☐			
其他病史				
家属姓名		联系电话		
疾病及治疗情况： 已确诊： 是☐ 否☐ 近2个月确诊或治疗的医院：_____ 已经接受治疗：手术☐ 放疗☐ 化疗☐ 药物治疗☐ 保守治疗☐ 申请治疗方式：手术☐ 放疗☐ 化疗☐ 药物治疗☐ 保守治疗☐ 疾病治疗经过简要说明：				
申请理由：				

咨询电话：0431-88904957 0431-88906591



吉林省红十字会肿瘤救助基金申请表

所在社区（村）委员会意见：

年 月 日

市（州）、县（市、区）红十字会意见：

年 月 日

吉林省红十字会（肿瘤救助基金办公室）意见：

年 月 日

温馨提示：申请人所需提供的救助资料（一式两份）

1. 求助人最新病情诊断证明复印件
2. 求助人身份证和户口本复印件。
3. 求助人最新二寸免冠照片二张。
4. 以上证明材料另附，与本申请表一同申报。