## 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先心病儿童补充资助申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 监护人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 联系方式 |  |
| 本次手术情况 | 手术时间： 年 月 日 手术费用： 元报销费用： 元 自付费用： 元 |
| **申请人所需提供材料明细：**1. 受助患儿住院病案首页、手术记录；
2. 以受助患儿姓名开户的银行存折或银行卡的复印件；
3. 受助患儿术后照片；
4. 本次手术住院收费票据。
 |