

附件 3

## 福建省困境儿童重大疾病救治项目资助申请表

(患儿近期照片 黏贴处)

患儿姓名：\_\_\_\_\_性别：\_\_\_\_\_身份证号码：\_\_\_\_\_

监护人姓名：\_\_\_\_\_与申请人关系：\_\_\_\_\_家庭电话：\_\_\_\_\_

手机：\_\_\_\_\_身份证号码：\_\_\_\_\_

户籍地住址：\_\_\_\_\_省(市、区) \_\_\_\_\_市 \_\_\_\_\_县 \_\_\_\_\_乡(镇) \_\_\_\_\_村

居住地住址：\_\_\_\_\_省(市、区) \_\_\_\_\_市 \_\_\_\_\_县 \_\_\_\_\_乡(镇) \_\_\_\_\_村

邮编：\_\_\_\_\_

申报日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

## 申报须知

- 1、本资助申请表由项目资助评审办公室（以下简称评审办公室）制作，解释权归评审办公室；
- 2、该项目救助范围为 0-18 岁具有福建省户籍的家庭贫困，并手术治疗的先天性结构畸形、等重大疾病；
- 3、患儿的所有申报资料由患儿的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；
- 4、项目资助为一次性资助，同一申请人获得一次资助后，项目办公室将不再接受重复申请；
- 5、本申报表的递交并不代表已经评审获得医疗救助；
- 6、评审办公室负责所有申报资料的审核和审批工作；
- 7、得到评审办公室审批资助的患儿资助款的拨付由评审办公室统一协调负责；
- 8、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，评审办公室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；
- 9、本项目只在手术费用上予以资助，不能承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由医院和家属双方自行解决。
- 10、此申请材料一式两份，如有需要请自行备份，一经递交不予退回。
- 11、所有得到医疗资助的患儿监护人均有责任和义务为捐助人提供必要的文字、照片、影像等材料；
- 12、所有得到医疗资助的患儿监护人均有责任和义务配合评审办公室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；

**我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有申报规定。**

**监护人签字（按手印）：**

**年 月 日**

## 申请资助登记表

患儿姓名		民族		其它病症	
家庭主要成员情况	姓名	年龄	与患儿关系	身份证号码	工作或学习单位
家庭状况	户籍性质	A、农业 B、非农业		家庭人口数	
	年总收入			劳动力人口数	
家庭经济收入来源					
家庭经济支出情况					
证明人签名：_____ 身份证号码：_____					
电 话：_____ 地 址：_____					
证明人签名：_____ 身份证号码：_____					
电 话：_____ 地 址：_____					
日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日					

## 患儿医疗及家庭情况简述

确诊医院		确诊时间	
合作医疗保险	A、有 B、无	医保报销比例	
<b>家庭困难情况自述</b>			
家庭所在地村委会 或居委会 贫困证明	(盖章) 年 月 日		家庭所在乡 镇(街道)妇 联组织意见  (盖章) 年 月 日
	经办人姓名		经办人姓名
	联系电话		联系电话

## 附件 4

# 福建省困境儿童重大疾病救治项目资助告知书

\_\_\_\_\_的家长/监护人：

“福建省困境儿童重大疾病救治项目”是由福建省妇女儿童发展基金会在福建省妇幼保健院设立的专项救助我省贫困家庭 18 周岁以下先天性结构畸形等重疾公益项目。根据您的求助申请，经评委会评审，决定从项目资金中安排手术费用资助患儿进行治疗。为帮助您顺利办理资助手续，现告知您如下事项：

1. 根据《福建省困境儿童重大疾病救治项目实施方案》规定，结合国家提高城镇医保和新农合报销比例政策，受助人在城镇医保和新农合报销后，按自付费用的 85% 予以补助，最高补助额度为 10 万元（含）。

2. 您必须保证此前所提供的求助资料的真实性，如经核实发现有不实情况，项目组将收回资助款并追究相关法律责任。

3. 本项目资助为一次性资助，同一患儿只有一次获得资助的机会，本次资助后将不再接受重复申请。

4. 本项目只在手术费用上予以资助，不能承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由医院和家属双方自行解决。

5. 为便于接受社会监督，项目可通过媒体对外公布受助患儿的基本情况。

6. 由患儿及其家属向福建省妇幼保健院项目办公室提交以下资料：

(1) 《福建省困境儿童重大疾病救治项目资助申请表》一式两份。

(2) 签字按手印后的《福建省困境儿童重大疾病救治项目资助告知书》回执一份。

(3) 住院首页（有医院印章）。

(4) 入院记录（有医院印章）

(5) 出院小结（有医院印章）

(6) 手术记录（有医院印章）

(7) 主要检查报告（有医院印章）。

(8) 费用清单（可以是复印件，但需有印章）。

(9) 患儿术后照片（可提供电子版）。

(10) 医疗票据，具体要求如下：

①没有参加任何医疗保险的患儿，直接由福建省妇幼保健院提供患儿住院医疗票据原件。

②参加“新农合”“城镇医保”或其他商业保险的患儿，且福建省妇幼保健院可直接办理医保报销的，由福建省妇幼保健院提供患儿报销后的原始票据；如福建省妇幼保健院无法办理医保报销的，患儿由家长或监护人先到上述部门报销，报销后复印住院医疗收据和报销补偿单，并加盖报销部门公章后，提报至项目办公室。

(7) 患儿监护人银行卡或存折首页复印件并标明开户行，以便拨付资助款；

8. 请填写并沿虚线裁下“回执”，连同上述所列资料，交至项目办公室。

..... 沿此线裁下 .....

### 回 执

福建省困境儿童重大疾病救治项目：

我是患儿\_\_\_\_\_（身份证号码\_\_\_\_\_）的监护人  
（如非监护人，请注明与患儿关系：\_\_\_\_\_），身份证  
号码\_\_\_\_\_我的联系方式：\_\_\_\_\_（必填。如  
无，可填邻居家或村（居）委会电话）\_\_\_\_\_。现已知悉并同意《福  
建省困境儿童重大疾病救治项目资助告知书》内容。患儿已于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月  
\_\_\_\_日在\_\_\_\_\_福建省妇幼保健\_\_\_\_\_医院实施了\_\_\_\_\_（外科）手术治疗，手术  
费用共计\_\_\_\_\_元，自行支付\_\_\_\_\_元，请将资助款汇入账户：  
户名：\_\_\_\_\_，开户行：\_\_\_\_\_银行  
分行\_\_\_\_\_支行，卡号或存折账号：\_\_\_\_\_。

患儿家长或监护人签名（按手印）：

年 月 日