

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		
<p>申请人需提供材料明细：</p> <p>1. 受助患儿住院病案首页、手术记录；</p> <p>2. 以受助患儿姓名开户的银行存折或银行卡的复印件；</p> <p>3. 受助患儿术后照片；</p> <p>4. 本次手术住院收费票据。</p>			