**南京医科大学第二附属医院医学发展和医疗救助基金会**

**医疗救助申请表**

 编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人一般情况 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号码 |  | 出生年月 |  |
| 家庭住址 |  |
| 疾病诊断 |  |
| 住院号 |  |
| 申请人家庭收入 |  |
| 申请救助金额 |  申请人签名： |
| 经治科室主任意见 |  签名： |
| 医务处意见 |  签名： |
| 基金会管理委员会意见 |  签名： 年 月 日 |
| 申请人身份证复印件黏贴 |  |
| 票据黏贴 |  |