附件1

湖南省红十字基金会“云帆计划专项基金”资助申请表（第一批次）

申请人姓名： 性别： 年龄 身份证号码：

联系电话： 微信号： 户籍所在地：

通讯地址： 市（州） 县 街道（乡、镇） 社区（村） 邮政编码： 单位： 职业：

申请类别：

**1、经济困难家庭有以下情况之一**

□肩：肩袖损伤、肩脱位、肩关节骨折需行肩关节镜下修复或反肩置换术；

□肘：肘关节不稳、肌腱韧带损伤需行韧带（肌腱）修复（重建）术；

□髋：髋关节盂唇损伤、髋关节撞击征需行髋关节镜手术；

□膝：膝关节前（后）交叉韧带损伤、多发韧带损伤、髌骨脱位需行关节镜下（切开手术）韧带重建（修复）术；

□膝：膝关节骨性关节炎需行单髁置换、髌股关节置换术；

□踝：踝关节运动损伤行韧带修复（重建）术；

1. **关节运动损伤、关节退变的其它特殊情况：**

申请人（及法定代理人）签名： 日期： 年 月 日

单位、村（社区）意见： 是否为困难家庭 云帆基金管委会意见：

（仅经济困难家庭需要填写）

签名： 签名：

公章：

日期： 年 月 日 日期： 年 月 日