 附件 2 天使宝贝救助申请表2025版

**患者信息登记**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 出生日期 |  | 身份证号 |  |
| 户籍地址 |  |
| 病情诊断（类型） |  |
| 治疗计划/手术方案 |  |
| 医疗费用预算 |  | 家庭自费金额 |  | 申请救助金额 |  |
| 目前就诊医院 |  | 就诊科室 |  |
| 主治医师签字或盖章 |  | 护士站电话 |  |
| 初期住院时间 | 年月日至 |
| **家庭共同生活成员（请提供每个成员的户口本、身份证复印件）** |
| 姓名 | 与患儿关系 | 年龄 | 文化程度（大专及以上填写学校及专业名称） | 职业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 家庭年收入 |  |

**备注说明：**

**职业**：工人、职员、教师、公务员、个体工商户、务农、外出打工、无业、无劳动能力。

**与患儿关系**：父亲、母亲、爷爷、奶奶、姥爷、姥姥、哥、弟、姐、妹。

监护人签字：

上海浦东新区杨高中路2108号天物空间A栋V16 天使宝贝公益基金会 4008213995 3/4