

爱赫新生-卵巢癌患者关爱项目
患者首次申请表

姓名		性别		年龄		联系电话	
省份		城市		身份证号			
银行卡号				开户行 (具体到支行)			
属地就诊医院				属地就诊医生			
广州就诊医院				广州就诊医生			
购药发票时间				购药发票盒数			
本人在长期疾病治疗中是否经济困难				是 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>	
患者核心家庭是否具有高额资产				是 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>	
<p>如患者核心家庭是否具有高额资产勾选为“是”，请作简要说明（高额资产高档房产、豪华汽车等）</p> 							

注：

- 1、银行卡需提交患者本人一类银行卡。
- 2、项目援助金均按患者填报及提交的银行卡信息进行发放。

特承诺：以上全部信息均真实、准确。如有虚假，或信息填写有误，由此产生的一切后果将由患者自行承担。

患者签字：

签字日期：

爱赫新生-卵巢癌患者关爱项目
患者再次申请表

姓名		身份证号	
广州就诊医院		广州就诊医生	
本次提交购药发票 时间		本次提交购药 发票盒数	

特承诺：以上全部信息均真实、准确。如有虚假，或信息填写有误，由此产生的一切后果将由患者自行承担。

患者签字：

签字日期：