

附件 1

出生缺陷（遗传代谢病）救助项目
个人申请表

申请人近期照片:

申请人姓名: _____ 性别: _____ 出生年月日: _____

监护人姓名: _____ 与申请人关系:

监护人身份证号码: _____

是否为第二次补助: 是 否

家庭电话: _____ 手机: _____

户籍所在地: _____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

通讯地址: _____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

邮编:

申报日期:

年 月 日

申 报 须 知

1. 本申请表由中国出生缺陷干预救助基金会（以下简称基金会）印制并负责解释。
2. 项目申请对象为 18周岁以下（含）家庭经济困难、临床确诊为遗传代谢性疾病的患儿。
3. 本项目仅针对患儿在 2015年 1月 1日（含）至今产生的医疗费用进行资助。获得第一次补助后，可申请第二次补助。
4. 本申请表由申请人法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。
5. 申请人申报资料须经项目实施单位审核后报项目管理单位复审，由项目管理单位组织专家评审后将救助名单经省卫计委报至中国出生缺陷干预救助基金会。
6. 本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。
7. 通过审批确定的救助对象名单在中国出生缺陷干预救助基金会官方网站上公示无异议后，由项目管理单位向申请人监护人寄发《出生缺陷（遗传代谢病）救助项目受助对象回执单》。请申请人监护人注意查收、领取。
8. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，中国出生缺陷干预救助基金会保留依法追索救助款的权利。
9. 申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方自行处理，基金会不承担任何责任。
10. 获得救助的申请人监护人有责任和义务为配合基金宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，并同意使用申请人照片、影像等资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申请规定。

申请人或/并其监护人（签名或按手印）

年 月 日

申请人基本信息及申请救助理由

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
家庭成员 情况	姓名	年龄	与申请人关系		身份证号	工作或学习 单位	
家庭经济 状况	户籍性质	A. 农业 B. 非农业		家庭人口总数			
	主要收入 来源						
	家庭年收入				人均年收入		
申请救助 理由	<p style="text-align: center;">申请人或其监护人签名:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						

申请人医疗情况简述

1. 申请人确诊时间: _____年____月____日
确诊医院: _____; 确诊病名: _____;
2. 目前就治医院: _____, 治疗效果: _____;
3. 治疗花费情况_____: 已花费_____;
4. 已治疗及预计治疗时间: _____年____月____日至____年____月____日;
治疗期间预计总共需要多少费用: _____;
5. 申请人是否有医疗保险 (须如实填写)? 如有, 具体报销比例是多少?

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1. 身份证明材料: 证明患儿与其法定监护人关系的户口簿和身份证复印件, 或者其他证明监护关系的材料原件。孤儿需提供当地民政局或福利院证明原件。
2. 病情证明材料: 医疗机构出具的患儿病情诊断证明、住院首页及病历、出院记录 (如有住院治疗请提供)、基因检测或串联质谱检测报告、血液检测报告等。
3. 家庭经济困难证明材料: 低保证、低收入证、建档立卡贫困户证明材料复印件, 或村 (居) 委会等出具的家庭经济困难证明原件 (由项目实施单位核查原件)。
4. 以上证明材料另附, 与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。

评审单位意见

初审意见	(项目管理单位或实施单位盖章)		
	联系电话:	经办人签名:	年 月 日
专家复审意见	(项目管理单位盖章)		
	联系电话:	经办人签名:	年 月 日
复核意见	(基金会盖章)		
	联系电话:	经办人签名:	年 月 日