

附件四

编号: _____

中央专项彩票公益金支持 出生缺陷救助项目个人申请表

申请人近期（半年内）照片

请选择申请救助类别:

☐遗传代谢病救助 ☐先天性结构畸形救助 ☐功能性出生缺陷救助

申请人姓名: _____ 性别: _____ 出生年月日: _____

申请人身份证号码: _____ 出生医学证明编号: _____

监护人姓名: _____ 与申请人关系: _____

监护人身份证号码: _____

申请人银行卡号及户名: _____

第_____次救助

手机 1: _____ (请务必提供正确的联系方式, 以便后续沟通)

手机 2: _____

户籍所在地: _____ 省(区、市) _____ 市(州) _____ 县(市、区)

_____ 乡镇(街道) _____ 村(居)

通讯地址: _____ 省(区、市) _____ 市(州) _____ 县(市、区)

_____ 乡镇(街道) _____ 村(居)

申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

申请须知

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）根据《出生缺陷救助项目实施方案》印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为年龄 18 周岁（含）以下、家庭经济负担重、临床确诊为遗传代谢病、先天性结构畸形、功能性出生缺陷的患儿。
3. 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、准确和完整。
4. 本申请表的递交并**不代表可以获得救助**，申请表一经递交**不予退回**。
5. 基金会承诺收到的申请材料及信息，仅用于项目救助申请，不作为其他用途。
6. 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。
7. 如基金会因公益用途，需要文字、照片、影像等有关资料，获得救助的申请人及其监护人应予以配合。

个人承诺书

1. 本人保证所提交的申请材料均真实、准确和完整。若查实存在虚假、伪造、隐瞒等行为，基金会将不予救助，并终身不得申请项目资助；如已获救助，基金会保留依法追索救助金的权利；若出现弄虚作假、虚报冒领救助资金等行为，本人根据情节依法承担相应责任。

2. 本人会客观公正反映项目情况，若因语言、行为不当对基金会以及出生缺陷救助项目造成不良影响的，愿意承担相应民事法律责任。

我确认已阅读和知悉以上全部条款，并承诺所提交材料真实、准确和完整。

法定监护人签名：

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（元）						
申请救助理由	申请家庭属于： ☐最低生活保障家庭 ☐特困人员 ☐低收入家庭 ☐其他_____ 申请理由： 申请人或其监护人签名： 年 月 日						

申请人医疗情况简述

1. 开始治疗时间_____年_____月，申请人确诊时间：_____年_____月；
确诊医院：_____；确诊病名：_____；
2. 治疗所在医疗机构名称：_____，治疗效果：_____；
3. 每年治疗花费情况：_____，已花费_____；
4. 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：**患儿或其法定监护人身份证或其他有效身份证件复印件，以及证明监护关系的户口簿、出生医学证明或其他证明材料复印件。无法证实监护关系的，需提供户籍地派出所开具的监护关系证明及申请人近期照片。孤儿需提供当地民政局或福利院开具的证明原件。
2. **疾病和治疗证明材料：**符合项目救助病种的诊断证明。实施机构出具的相关医学影像资料报告单或必要的医学检查报告（例如：基因检测、串联质谱检测报告、血液检验、影像报告等），住院首页、手术记录、出入院记录（如有住院治疗，请根据治疗情况提供）。
3. **家庭经济情况证明材料：**低保证、低收入证、特困证明材料复印件（任选其一），或村（居）委会等出具的家庭经济情况说明材料原件。
4. 以上证明材料另附，与本申请表一起申请。如需留存请自行复印备份。

评审单位意见

初审意见	实施机构（盖章）： 年 月 日 经办人签字：
专家复审意见	省级管理机构（盖章）： 年 月 日 经办人签字：
复核意见	基金会（盖章）： 年 月 日 经办人签字：