

中国红十字基金会“小天使基金人道关怀金第二期项目”
资助申请表（第二/三次造血干细胞移植患儿）

中国红十字基金会制（2024年）

申请人（患儿） 姓名		身份证号码			
联系人		联系电话	患儿医保类型： <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 无医保		
户籍地址			现住址		
家庭人均收入	元/年	患儿家庭 特殊情况	<input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 军烈属家庭 <input type="checkbox"/> 残疾家庭 <input type="checkbox"/> 孤儿		
本次移植总费用		医保报销金额		移植自费 金额	
“小天使基金” 资助信息	获得“小天使基金”（含“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”）资助情况：_____年 <input type="checkbox"/> 获得资助 <u>5</u> 万元， <input type="checkbox"/> 在原来获得3万元的基础上获得 <u>2</u> 万元资助款。 受助时曾用名（若未曾改名，填“无”）：_____。				
第一次移植治疗 信息	确诊时间：_____ 病型：_____ 移植医院：_____ 供者： <input type="checkbox"/> 亲缘（关系_____）、 <input type="checkbox"/> 非血缘、 <input type="checkbox"/> 自体移植时间：_____ 出仓时间：_____				
造血干细胞移植 就诊医院 意见	患者病情简述 （复发后治疗及二次/三次移植情况，包括：供者，入仓、回输及出仓时间，总体治疗情况，患儿现状）； <p style="text-align: right;">（医院盖章） 主治医生（签名）： 年 月 日</p> 须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章， 科室和病区盖章无效。				

说明： 两类材料①能证明移植回输和出入仓时间的文件（患儿病案复印件或者诊断证明）、②本次造血干细胞移植配型报告复印件，须与本表一同提交。

邮寄地址：北京市东城区干面胡同53号“小天使基金”收，联系电话：010-85594883、010-85594859