**“健康妈妈优生优育公益救助”申请表**

申请编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 申请日期 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 申请证件 | □身份证　注：查阅原件，留复印件 | | | | |
| 申请材料 | □病历诊断证明（留复印件）　□治疗费用发票（留原件）  □低保证（查阅原件，留复印件）□残疾证（查阅原件，留复印件）  □居（村）委出具的收入证明（留原件）□银行卡（留复印件）  □工作单位出具的收入证明（留原件）（收入证明任选一项） | | | | |
| 申请项目 | 产检类型（请选一项）：□孕期产检建卡  分娩类型（请选一项）：□顺产　 □剖宫产　 □难产  住院类型（请选一项）：□妇科疾病 　□外科疾病 □内科疾病  （**申请人声明：**我保证上述所有资料真实可靠，如有虚假，愿意承担一切后果！）  　　　　　　　　　　　申请人签字： | | | | |
| 新开元医院  办受理意见 | 同意救助 元  　　　　　　　　　　　　　 　签印：  年     月     日 | | | | |
| 厦门市妇女儿童发展基金会审批意见 | 签印：  年     月     日 | | | | |

备注：本申请表一式两份，厦门市妇女儿童发展基金会、新开元医院管理办各存档一份。