

**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<br>(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"/> |  |
| 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） |  |    |  |                            |  |                            |  |

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：