

麟动新生－低磷性佝偻病患者资金援助项目

患者首次申请表

患者姓名		性别		年龄		联系电话	
省份		城市		身份证号			
银行卡号				开户行 (银行名称*省*市* 区*支行)			
就诊医院				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 ☐		否 ☐	
患者核心家庭是否具有高额资产				是 ☐		否 ☐	
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/监护人签字：

签字日期：