附件1

汕头市流浪乞讨病人医疗救治申请表

医疗机构（盖章）： 编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  |
| 民族 |  | 年龄 |  |
| 有效证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 常住地址 |  |
| 联系电话 |  | 单位名称 |  |
| 家属电话 |  | 门急诊时间 |  |
| 入院时间 |  | 出院时间 |  |
| 救治总费用 |  | 欠费金额 |  |
| 已支付费用 |  |
| 注： 以上病人信息请医疗机构尽力调查并填写， 如确实无法获取，请注明。 |
| 本人阅读并知晓汕头市流浪乞讨病人医疗救治工作实施意见， 并郑重承诺：本人情况属于基金救助的对象及范围。如有弄虚作假， 本人愿意承担一切后果。病人／家属签名： |