

**中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”  
先天性心脏病补充资助申请表**

|   |   |      |  |
|---|---|------|--|
| 申请人姓名   |   | 身份证号 |  |
| 监护人姓名   |   | 身份证号 |  |
| 联系方式  |   |      |  |
| 本次手术情况  | 手术时间：__年__月__日<br>手术费用：____ 元<br>报销费用：____ 元<br>自付费用：____ 元 |      |  |
| <b>申请人需提供材料明细：</b><br><br>1. 受助患儿住院病案首页、手术记录；<br>2. 以受助患儿姓名开户的银行存折或银行卡的复印件；<br>3. 受助患儿术后照片；<br>4. 本次手术住院收费票据。 |   |      |  |