

附件 1

结核病贫困救助“双千行动”项目申报表

____省____市____县 申报编号：_____

一、基本情况				
姓名			性别	男 女
年龄	(岁)		职业	
婚姻状况	未婚	已婚 (初婚、再婚和复婚)	离异	丧偶
身份证号码				
家庭人口数	(人)	上年家庭总收入	(元)	
本人联系方式	手机：		家庭电话：	
家庭成员联系方式	手机：		家庭电话：	
家庭住址				
邮政编码				
本人签名 (或家庭成员签名)				
二、申请救助理由 (至少勾选一个选项)				
☐ 1、符合当地民政部门的贫困家庭标准的患者				
☐ 2、县级疾控 (定点医疗机构) 调查确定为贫困家庭患者				
☐ 3、其他原因的贫困肺结核患者 (具体情况描述)：				
三、申请救助经费 (大写：_____元人民币)				
调查员 (推荐人) 签名：		时 间：_____年 月 日		
四、推荐审核意见				
县疾病预防控制中心 (定点医疗机构) 意见：				
审核人：_____ 盖 章 _____ 时 间：_____年 月 日				
中国防痨联合体成员单位中省防痨协会或省疾病预防控制中心，或者项目经费捐赠单位或者“双千行动”项目工作组意见：				
审核人：_____ 盖 章 _____ 时 间：_____年 月 日				

填表说明：

- 1、申报编号为 12 位阿利伯数字，由项目申请年度（2 位）+ 县级行政区划代码（6 位）+ 序列号（4 位）组成，由中国防痨协会联合体成员单位中的省级防痨协会或疾控中心在录入《中国防痨公益基金-结核病贫困救助“双千行动”管理系统》中自动生成并在纸质表中补充完整。