患者援助申请表

“白求恩·生命之光之肿瘤患者救助项目”办：

我（患者）是：

性别： 年龄：

身份证号：

为 □低保 □五保 □特困 □建档立卡 患者，

自 年 月 日根据 医院的相关检查确诊为 ，需要住院接受手术治疗。

基于以上情况，现向白求恩·生命之光之肿瘤患者救助项目办申请手术救助。

望批准！

申请人（患者）签字：

申请日期： 年 月 日