|  |  |
| --- | --- |
|    | 湛江市慈善会·“光明行动”白内障援助基金**申请审批表** |
|  |
| **基 本 信 息** |
| 患者姓名 |  | 身份证复印件 |
| 年 龄 |  | 性 别 |  |
| 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 申请人类别 |  □精准扶贫建档立卡户 □城乡贫困人员  |
|  □其他（备注情况）：  |
| 享受医疗 保险情况 |  □享受城镇职工基本医疗保险 □享受城乡居民基本医疗保险 |
|  □无医疗保险  |
| 申请人或监护人（签章）： |
| **审 批 意 见** |
| 病情描述：  | 审批意见（签章）：  |
| □ 左眼白内障  □ 右眼白内障  |  经办人： 年 月 日 |