|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |