

附件 1

威海市 2025 年度非威海籍中小學生慈善大病救助申請表

姓 名		性 别		年 龄	周 岁	戶 籍 所 在 地	
就 读 学 校 及 班 级				身 份 证 号 码			
居 住 地 址				联 系 电 话			
所 患 疾 病			医 疗 费 总 额 ( 元 )				
			医 疗 保 险 报 销 ( 元 )				
			商 业 保 险 理 赔 ( 元 )				
			其 他 救 助 ( 元 )				
			自 负 医 疗 费 ( 元 )				
			大 病 救 助 报 销 比 例 ( % )				
			慈 善 大 病 救 助 金 额 ( 元 )				
患 者 银 行 账 号 ( I 类 银 行 卡 )、 开 户 银 行 及 开 卡 城 市							
家 庭 主 要 成 员 情 况	姓 名	与 本 人 关 系		住 址 / 单 位			
家 庭 经 济 状 况 及 病 情 ( 是 否 低 保 家 庭 )							
所 在 学 校 意 见		区 市 民 政 部 门 ( 慈 善 总 会 ) 意 见			市 慈 善 总 会 意 见		

附件 2

威海市 2025 年度非威海籍中小学生慈善大病救助汇总表

填报单位（盖章）：

填报时间： 年 月 日

序号	姓名	身份证号码	就读学校及班级	户籍所在地	居住地址	联系电话	家庭经济状况（是否低保家庭）	所患疾病	患者银行账号（I类银行卡）、开户银行及开卡城市	个人自负医疗费（元）	慈善大病救助额（元）

填报人：

负责人：

注：此表中序号与申请表排序对应并装订成册。