

附件 2

## 威海市 2025 年度“向阳而生·逐光而行”威高血液净化肾病透析救助项目汇总表

填报单位(盖章):

填报时间: 年 月 日

序号	姓名	身份证号码	家庭住址	联系电话	对象类别 (低保、特困、其他)	患者开户 银行	患者银行 账号 (I类银 行卡)	开卡 城市	个人自负肾 病透析医疗 费(元)	拟救助 比例	拟救助金额 (元)

填报人:

负责人: