## 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”造血干细胞移植资助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人姓名** |  | **身份证号** |  | **申请时间** |  |
| **联系方式** |  | | | **移植费用** |  |
| **是否获得过资助** | 是否获得中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病资助：  □是，获得资助金额 万元，获得资助时间: 年；  □否。 | | | | |
| **造血干细胞移植**  **就诊医院**  **意见** | 说明：需注明入仓、出仓时间，须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章，**科室和病区盖章无效**。  （医院盖章）  主治医生（签名 ）：  年 月 日 | | | | |

**说明：造血干细胞移植配型报告复印件需与本表一同提交。**

**邮寄地址：湖北省武汉市武昌区水果湖街道楚商大厦1101，027-87320971，彩票金办公室刘老师**