**新肾儿专项基金申请人情况登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 年 龄 |  | 民 族 |  |
| 户籍类型 | |  | | 身份证号码 | |  | | |
| 监护人姓名 | |  | | 与申请人关系 | |  | | |
| 经济贫困类型 | | 1建档立卡🞎 2低保五保户🞎 3贫困证明🞎 4其他 | | | | | | |
| 是否有医疗保险 | | 1农合🞎 2医保🞎 3学生保险🞎 4无🞎 5其他 | | | | | | |
| 就 学 情 况 | | 1学龄前🞎 2小学🞎 3初中🞎 4高中🞎 | | | | | | |
| 就 业 情 况 | | 1在单位就职🞎 2下岗失业🞎 3务农🞎 4其他 | | | | | | |
| 手 机 号 码 | | （儿童填监护人手机号码） | | | | | | |
| 治疗医院全称 | |  | | | | | | |
| 所患疾病情况描述  确诊时间及 | | （确诊时间、疾病情况、目前需要治疗需求等内容） | | | | | | |
| 医疗费用预算 | |  | | | | | | |
| 家 庭 情 况 | | | | | | | | |
| 家庭年总收入 | |  | | | 家庭经济  来源 | 1打工🞎 2务农🞎  3经商🞎 4其他 | | |
|
| 家庭成员组成 | |  | | | | | | |
| 紧急联系人姓名 | |  | | | 紧急联系人电话 |  | | |