**山东省非公立医疗机构协会**

**医疗救助申请表**

申请人姓名： 性别： 身份证号：

所患疾病： 联系电话：

户籍所在地：

家庭困难情况：□城乡低保户 □ 农村五保户 □ 其他特困对象

是否加入医保：□城镇医保 □ 新农合医保 □ 其他商业医保

代办人姓名： 性别： 身份证号：

与申请人关系： 代办人联系电话：

申报日期：

年 月 日