**浙江大学爱心基金学生专项基金申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 民族 | |  |
| 学院 |  | | | | 专业班级 |  | | |
| 学号 |  | | | | 联系方式 |  | | |
| 爱心基金  捐款金额 |  | | 病情  类型 | |  | 首次确诊时间 | |  |
| 家庭  详细住址 |  | | | | | | | |
| 家庭  基本信息 | 成员姓名 | | | 与申请人关系 | | | 联系方式 | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | |
| 申请原因及申请额度 | 签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 在基本医疗定点机构纳入正常治疗的住院或特殊病种门诊医疗发生的医疗费个人承担金额 | |  | | | 医保办  核定金额 | 签名 （公章） | | |
| 院级单位意见  （请资格初审，并在对应条款序号上打“√”后签章） | | 经单位初审，该同学病情及有关材料属实，符合《浙江大学爱心基金学生专项基金实施细则（试行）》第十条第 （一）（二）（三）（四） 款的情况，同意其申请爱心基金。  签章 年 月 日 | | | | | | |
| 爱心基金学生专项基金管理小组意见 | | 经 年 月 日基金管理小组会议讨论决定，给予该同学补助。补助金额： | | | | | | |

注：医保办核定金额由医保办填写。