**李新炎慈善基金会**

**“关爱助医”项目填表说明**

1. 请如实填写工作单位；
2. “联系人”请填写家属及对应联系电话：
3. “住院发票总金额”由当事人所提供住院发票累计金额；
4. “患病主要情况”请写明病种、确诊时间，经过手术或者哪些方式治疗；
5. “本会资助情况”请具体写明某年某月资助多少金额；
6. “当事人签名签章”请申请人签字并按手印。