**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. “手术情况”请写明手术时间、医院，介入、消融、开刀、器官移植等手术方式；
5. “申请资助方式”有两种，请根据自身情况选择按照住院发票累计金额的方式申请资助，或是按照手术方式申请资助；
6. “患病主要情况”请写明病种、确诊时间等；
7. “本会资助情况”请具体写明某年某月资助多少金额；
8. “当事人签名签章”请申请人签字并按手印。