

福建省龙岩市李新炎慈善基金会

李慈〔2025〕55号

福建省龙岩市李新炎慈善基金会关于调整 关爱助医项目资助标准的通知（试行）

为进一步有效提升对大病患者的帮扶精准度，福建省龙岩市李新炎慈善基金会（下称“本基金会”）结合近年工作实际及典型案例分析，经系统调研、数据模拟与综合研判，现决定对“关爱助医”项目资助标准进行优化调整。具体内容如下：

一、申报条件

申请人须同时满足以下三项条件：

（一）经三级甲等及以上医院确诊为各类恶性肿瘤（癌症）、器官移植等重大疾病；

（二）在提交申请材料之日前两年内（住院发票禁止重复使用），住院发票中个人现金支付部分累计超过人民币2万元；

（三）符合下列情形之一：

1. 户籍在龙岩市辖区内；

2. 非龙岩市户籍，但在龙岩市连续就业3年以上，并按规定缴纳“五险一金”；（社保缴交凭证盖章）

3. 通过中考或高考在龙岩就读的大、中专院校学生；（提供学校学籍证明）

4. 中国龙工所属企业在职员工。

二、资助标准

（一）对住院费用中个人现金支付部分超过 2 万元的金额，并以此为计算基数，按 10% 的比例予以资助，四舍五入进至百位，单次资助上限为 5 万元。

（二）自提交申请之日第二天起，若申请人后续住院发票现金支付部分费用再次超过 2 万元，可继续向本基金会提出助医申请。

三、申请材料

申请人须提供以下材料：

（一）完整填写《李新炎慈善基金会“关爱助医”项目申请表》，并由申请人本人签名、按手印；

（二）申请人身份证正反面复印件；如申请人为未成年人，须提供户口簿主页及本人页复印件、监护人身份证复印件、申请人身份证及出生医学证明复印件；

（三）申请人社保卡复印件，注明户名与开户行。

（四）医院出具的疾病证明书、出院小结、住院发票等医疗凭证复印件（若住院发票无法体现医保统筹和个人现金支付的，需提供医保中心的医保结算单据）；如在多家医院就诊，须分别提供相关证明材料。

四、申报流程与说明

（一）申请人应一次性提交全部申请材料，可邮寄或直接送达基金会办公室。材料齐全者，工作人员将登记签收并

启动审核程序；材料不齐的，将电话通知补正。

（二）本基金会实行“三审三核”制度，并经理事办公会议审议后确定资助名单。会议一般每月或每一个半月召开一次。

（三）申请人须如实填写是否曾获得本基金会或其他机构资助的情况。

（四）非龙岩市户籍申请人须提供在龙岩连续工作满3年的相关证明。

（五）本基金会不向申请人收取任何费用。如遇任何以本基金会名义或基金会工作人员身份索取“手续费”“咨询费”等行为，均涉嫌诈骗。资助对象请勿向任何个人账户转账或支付现金，一经发现，将追回资助金。

（六）本通知自2026年1月1日执行。

（七）联系方式：

邮寄地址：福建省龙岩市新罗区人民西路399号龙工家园李新炎慈善基金会办公室

邮编：364000

联系电话：0597-2322616

特此通知。

福建省龙岩市新罗区李新炎慈善基金会

2025年12月11日



李新炎慈善基金会“关爱助医”项目资助金申请表

姓 名				性 别		出生年月	
户籍所在地					联系电话		
身份证号码				单位与职业			
联系人				联系电话			
住院发票个人现金支付部分的总金额				治疗医院名称			
手术情况							
申请人患病主要情况及就医情况							
家庭成员姓名、年龄、职业及相关情况	家庭成员	姓名	年龄	职业	相关情况		
已获其他单位（含慈善组织）资助情况							
本会资助情况							
基金会审批意见							
当事人签名签章： 申报时间 年 月 日							

注：1. 申请人可登录网址：<http://www.lxycsjjh.org/>（福建省龙岩市李新炎慈善基金会官网首页）下载助医申请表格和申请所需材料。

2. 请如实告知是否已获得本基金会或任何其他社会组织资助。如未能如实填写，可能会导致您的信誉受损并列入本基金会黑名单。

3. 友情提醒：本基金会为符合条件的病患者提供资助，全程不收取任何费用！请务必注意：任何以本基金会名义或以个人身份要求支付“手续费”、“咨询费”、“保证金”等费用的行为，均属诈骗。请切勿向任何个人账户转账或支付现金。如遇此类情况，请立即向本基金会反映举报，谢谢！

李新炎慈善基金会

“关爱助医”项目申请所需材料说明

一、申报条件：

申请人须同时满足以下三项条件：

（一）经三级甲等及以上医院确诊为各类恶性肿瘤（癌症）、器官移植等重大疾病；
（二）在提交申请材料之日前两年内（住院发票禁止重复使用），住院发票中个人现金支付部分累计超过人民币 2 万元；

（三）符合下列情形之一：

1. 户籍在龙岩市辖区内；
2. 非龙岩市户籍，但在龙岩市连续就业 3 年以上，并按规定缴纳“五险一金”；（社保缴交凭证盖章）
3. 通过中考或高考在龙岩就读的大、中专院校学生；（提供学校学籍证明）
4. 中国龙工所属企业在职员工。

二、资助标准

（一）对住院费用中个人现金支付部分超过 2 万元的金额，并以此为计算基数，按 10% 的比例予以资助，四舍五入进至百位，单次资助上限为 5 万元。

（二）自提交申请之日第二天起，若申请人后续住院发票现金支付部分费用再次超过 2 万元，可继续向本基金会提出助医申请。

三、申请材料

申请人须提供以下材料：

（一）完整填写《李新炎慈善基金会“关爱助医”项目申请表》，并由申请人本人签名、按手印；

（二）申请人身份证正反面复印件；如申请人为未成年人，须提供户口簿户主页及本人页复印件、监护人身份证复印件、申请人身份证及出生医学证明复印件；

（三）申请人社保卡复印件，注明户名与开户行。

（四）医院出具的疾病证明书、出院小结、住院发票等医疗凭证复印件（若住院发票无法体现医保统筹和个人现金支付的，需提供医保中心的医保结算单据）；如在多家医院就诊，须分别提供相关证明材料。

四、申报流程与说明

（一）申请人应一次性提交全部申请材料，可邮寄或直接送达基金会办公室。材料齐全者，工作人员将登记签收并启动审核程序；材料不齐的，将电话通知补正。

（二）本基金会实行“三审三核”制度，并经理事办公会议审议后确定资助名单。会议一般每月或每一个半月召开一次。

（三）申请人须如实填写是否曾获得本基金会或其他机构资助的情况。

（四）非龙岩市户籍申请人须提供在龙岩连续工作满 3 年的相关证明。

（五）本基金会不向申请人收取任何费用。如遇任何以本基金会名义或基金会工作人员身份索取“手续费”“咨询费”等行为，均涉嫌诈骗。资助对象请勿向任何个人账户转账或支付现金，一经发现，将追回资助金。

联系电话：0597-2322616

邮寄地址：福建省龙岩市人民西路 399 号龙工家园李新炎慈善基金会