**浙江大学爱心基金学生专项基金申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 学院 |  | 专业班级 |  |
| 学号 |  | 联系方式 |  |
| 2019年爱心基金捐款金额 |  | 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 |  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