**绿链慈善基金申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  年 月 日 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |  |
| 通讯地址 |  |  |
| 就诊单位及科室 |  | 住院号 |  |  |
| 住院日期 |  | 出院日期 |  |
| 总费用 |  | 发票号 |  | 申请资助金额 |  |
| 申请理由 |  申请人签名： 日期： |
| 治疗病种 | □白内障□青光眼□胬肉□眼底□眼外伤□小儿眼科□角膜移植□其他：（在对应的□内打“√”） |
| 就诊单位意见 |  |
| 绿链基金意见 |  |