附件2

**“槐耳颗粒”药品援助项目患者领药申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | | 性别 |  | | 患者本人近期彩色一寸证件照片 |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 联系电话  （尽量填写多个） |  | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 是否本人领药 | 是（ ） 否（ ） | 代领人姓名 | | |  | |
| 与患者关系 |  | 代领人身份证号码 | | |  | |
| 联系电话 |  | 是否低保户 | | | 是（ ） 否（ ） | |
| 低保证号 |  | 低保证发放单位名称 | | |  | |
| **领取援助药品需要携带以下材料：**  **1.患者本人领药：**  ①患者本人身份证原件（仅做核对之用）；  ②注册医生开具的处方（根据援助对象不同分别为15盒、30盒）  **2.代领人领药：**  ①患者本人身份证原件（仅做核对之用）；  ②代领人身份证原件和户口本原件（仅做核对之用）；  ③注册医生开具的处方（根据援助对象不同分别为15盒、30盒） | | | | | | |
| **以下部分由慈善总会填写** | | | | | | |
| 经核实，患者信息属实。按照山东省慈善总会“槐耳颗粒”药品援助项目的要求，患者申请槐耳颗粒援助药品审核通过，批准发放槐耳颗粒援助药品 盒。  领药地点\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    慈善总会（盖章）  项目负责人签字：  日期： 年 月 日 | | | | | | |