

患者援助申请表

（患者申请资料一）

“安心健行-安佰诺®援助项目”办公室：

患者姓名：_____联系电话：_____

性别：_____年龄：_____身份证号：_____

领药药店（项目药店全称）：_____

药店所在（省/直辖市）：_____服务志愿者：_____

为 低收入患者 低保患者 特困患者（勾选），自_____年_____

月_____日至_____年_____月_____日接受过安佰诺®治疗，根据（医院）：_____

_____，项目医生（姓名）：_____建议，

需要继续使用安佰诺®治疗。

基于以上情况，现向“安心健行-安佰诺®援助项目”办公室申请药品援助。

用药数量：（_____）支，申请援助药品（安佰诺®）数量：（_____）支。

望批准！

申请人（患者）签字：_____

申请日期：_____年_____月_____日

审核编号/领药码（项目办填写）：_____审批日期：_____

***患者线下首次申请资料包括：**①患者援助申请表②患者知情同意书③医学评估表及专用处方签④援助患者经济状况申报表⑤患者低收入证明⑥医生诊断证明复印件⑦患者身份证正反面复印件⑧其他资料