

患者（后续）援助申请表

（患者申请资料一）

“安心健行-安佰诺® 药品援助项目”办公室：

姓名（患者）：_____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____日已经接受过安佰诺® 援助共（_____）支，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® 药品援助项目”办公室再次申请药品援助。

后续申请援助：第_____次，用药数量：（_____）支，再次申请援助药品（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：_____

*患者线下后续援助申请资料包括：①患者后续援助申请表②医学评估表及专用处方签③其他资料