

## 低保患者首次申请资料核对表

序号	材料名称	备注	完成请打“√”
1	患者知情同意书	需由患者本人签字；若患者本人无法签字，需由直系亲属代签后患者按手印	
2	患者身份证复印件	正反面复印在一张 A4 纸上；必须为有效期内的二代身份证	
3	低保证明信息表	需按照要求将信息填写齐全完整； “当地民政部门填写”栏需要低保发证单位或者区 / 县级民政局盖章，证明人签字，留座机号码	
4	低保证复印件	患者本人必须属于低保范围； 全本复印加盖发证单位或区 / 县级民政局红章	
5	低保金领取记录	近 12 个月低保金领取记录复印件； 加盖发证单位或当地区 / 县级民政部门盖章	
6	患者及直系亲属户口本复印件	患者本人页； 所有直系亲属户口本复印件	
7	医学条件确认表	信息填写完整并需项目医生签字	
8	影像学报告单复印件	项目医生签字	
9	肺功能检查报告单位复印件	如有请提供； 项目医生签字	

## 低保患者后续申请资料核对表

序号	材料名称	备注	完成请打“√”
1	医学信息随访表	信息填写完整并需项目医生签字	
2	肺功能报告单复印件	如有请提供 项目医生签字	