

低收入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	收入证明信息表	需按照要求将信息填写齐全完整并加盖相关单位红章	
4	直系亲属信息表	需按照要求将信息填写齐全完整并加盖相关单位红章	
5	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	
6	医学条件确认表	信息填写完整需并项目医生签字、盖项目章	
7	影像学报告单复印件	项目医生签字、盖项目章	
8	用药前肺功能报告单复印件	如有请提供 项目医生签字、盖项目章	
9	近1个月的肺功能报告单复印件	如有请提供 项目医生签字、盖项目章	
10	自购药发票原件	购药渠道必须正规，发票抬头必须为患者本人； 2021年2月28日之前（含2021年2月28日）自购药发票盒数，且有效期为 2020 年 7 月 1 日之后；	

低收入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、盖项目章	
2	肺功能报告单复印件	如有请提供 项目医生签字、盖项目章	