



中华慈善总会百因止慈善援助项目 资金领取凭证

患者唯一号：_____ 患者姓名：_____

患者身份证号：_____

今领到百因止援助资金：_____元

金额大写：_____

患者签名：_____

签字日期：_____年_____月_____日

特别提示：

1. 请用 A4 纸打印，钢笔或签字笔正楷逐项填写，不得空缺或涂改。
2. 如患者无书写能力，患者签字处可由亲属代为填写，患者本人在签字处按手印。
3. 患者唯一号和援助资金的金额，可登录项目官网或微信公众号查询，如有疑问请拨打项目办热线电话 010-51672086 咨询。
4. 填写后需将原件邮寄至：北京市 100034 信箱 30 分箱（只接收中国邮政 EMS）。