附件1：

福建省“心系八闽 爱在家乡”

专项医疗救助手术申请书

 县（市、区）慈善总会：

我是 （患儿姓名，身份证号）的监护人。该儿童患有 （病情诊断），因 ，且治疗费用较高，现申请“心系八闽 爱在家乡”专项医疗救助，使患者能够得到治疗。

作为监护人，我们充分了解任何医疗都存在的不确定性及各种风险，已做好认定治疗方案及承担治疗风险和后果的准备；同时我们也了解现代医疗水平不一定能够完全解决所有的病症。我们承诺按照要求到定点医院治疗。我们知道，该专项医疗救助只在医疗费用上给予资助，任何医患之间的法律纠纷将由医院和患者家属双方自行解决。

同时，我们同意可以在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上无偿使用患者的照片，让更多的人了解“心系八闽 爱在家乡”专项医疗救助行为，我们对此不会提出异议。

监护人： （手印）

 年 月 日