

福建省红十字会办公室文件

闽红办〔2024〕5号

福建省红十字会办公室关于启动2024年度 爱·希望少儿重特大疾病医疗人道救助工作的通知

各市、县（区）红十字会，平潭综合实验区红十字会：

为做好2024年度福建省红十字会“爱·希望”少儿重特大疾病医疗人道救助工作，现就有关事项通知如下：

一、救助原则

遵循“定点医院、定病种，坚持量入为出、分档救助”的原则，同等条件下，依照申请顺序受理。原则上每年度的救助金发放总额不透支。

定点医院详见附件1，救助病种详见附件2。

二、救助对象

具有福建省户籍，罹患肿瘤等重特大疾病的困难家庭0—14周岁的患儿。救助患儿0—14周岁计算时间为：2010年1月1日至2024年12月31日出生（按照公历年月日计算）。

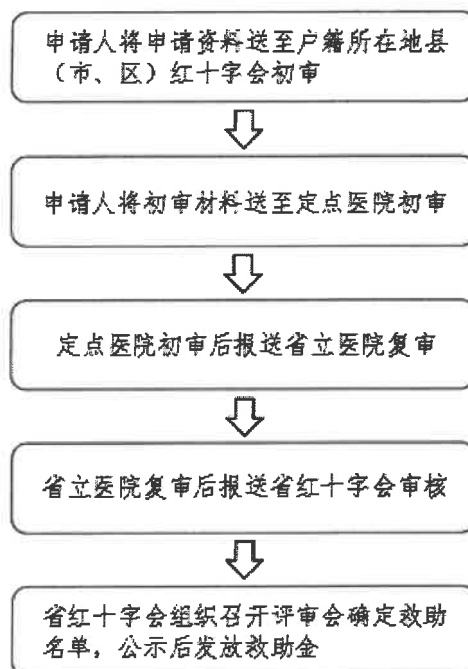
三、救助标准

实行分档救助，具体为：救助对象在2024年1月1日至12月31日期间(以出院结算时间为准)住院治疗而产生的大额医疗费用，扣除现行医疗保障制度及补充医疗保险、以及个人商业保险报销后的个人负担总费用，超过5000元、小于1万元(含)，给予救助5000元；超过1万元、小于2万元(含)，给予救助1万元；超过2万元，给予救助1.5万元。原则上每人每年度救助1次。

四、救助流程

申请人须在定点医院进行医治，方可提出该项目的救助申请。救助流程图如下，救助工作所需的申请材料详见附件3。

**2024年度爱·希望少儿重特大疾病
医疗人道救助流程图**



五、受理时间

救助申请受理截止时间为2025年1月31日。以定点医院收到申请资料时间为准，逾期不予受理。

六、有关要求

（一）各级红十字会要加强“爱·希望”少儿大病救助基金宣传工作，做好困难群众救助申请的解释引导；要严把初审关，认真做好申请材料的核验工作；要积极开展募捐工作和活动，助力基金规模；要定期对辖区内拟救助申请人员进行公示，接受社会监督。

（二）各定点医院要为符合条件的患儿提供诊断、手术、治疗及康复服务，并负责救助病种、医疗费用等资料的初审和收集；要参与动员社会力量，助力扩大基金规模。

（三）福建省立医院作为定点医院复审机构、福建省小儿外科学会作为挂靠单位，要监督指导各定点医院申请材料的审核工作，确保申请材料合格完整；要牵头各定点医院做好“爱·希望”少儿大病救助基金筹资宣传工作，引导和扩大社会募捐，提高项目基金规模，让更多的大病患儿困难家庭受益；对于疑难危重病例，福建省立医院要负责统筹协调会诊及转诊工作。

（四）申请人须如实填写《福建省红十字会“爱·希望”少儿重特大疾病医疗人道救助申请表（2024 年度）》和提供真实的资料信息，发现弄虚作假，骗取“爱·希望”少儿大病救助基金的行为，将依法依规追究责任，并追回已发放的救助金。

附件：1. 2024 年度“爱·希望”少儿重特大疾病医疗人道救助定点医院名单

2. 2024 年度“爱·希望”少儿重特大疾病医疗人道救助病种

3. “爱·希望”少儿重特大疾病医疗人道救助所需的申请材料

4. 福建省红十字会“爱·希望”少儿重特大疾病医疗人道
救助申请表（2024 年度）

福建省红十字会办公室

2024 年 3 月 14 日



附件 1

2024 年度“爱·希望”少儿重特大疾病 医疗人道救助定点医院名单

2024 年度“爱·希望”少儿重特大疾病医疗人道救助定点医院名单如下:

1. 福建省立医院
2. 福建医科大学附属协和医院
3. 福建医科大学附属第一医院
4. 泉州市第一医院
5. 厦门市第一医院
6. 莆田学院附属医院
7. 漳州市医院
8. 三明市第一医院
9. 南平市第一医院
10. 龙岩市第一医院

附件 2

2024 年度“爱·希望”少儿重特大疾病 医疗人道救助病种

（一）儿童恶性实体肿瘤：肝母细胞瘤、肾母细胞瘤、神经母细胞瘤、恶性畸胎瘤、生殖细胞肿瘤、视网膜母细胞瘤、骨肉瘤、尤文氏肉瘤。

（二）消化系统：先天性肠闭锁、肠穿孔，先天性巨结肠、先天性肛门闭锁、胆总管扩张症、食道裂孔疝、膈疝、环状胰腺、肠重复畸形、泄殖腔畸形、直肠和肛门先天性痿。

（三）泌尿系统及生殖系统：尿道下裂、先天性肾积水、膀胱输尿管返流、先天性巨输尿管、肾与输尿管发育畸形、脐尿管畸形、性别发育异常、后尿道瓣膜、尿道上裂、膀胱外翻。

（四）肌肉骨骼系统：发育性髋关节脱位、马蹄内翻足、并指、多指、骨软骨发育不良、脊柱侧弯。

（五）呼吸系统：漏斗胸、鸡胸、气管和支气管先天性畸形、肺先天性畸形、纵隔肿瘤。

附件 3

“爱·希望”少儿重特大疾病医疗人道救助 所需申请材料

一、申请人须向县（市、区）红十字会提供下列相关材料

1. 由患儿或其法定监护人填写《福建省红十字会“爱·希望”少儿重特大疾病医疗人道救助申请表（2024 年度）》。
2. 身份证明材料。证明患儿与其法定监护人关系的户口簿和身份证复印件，或者其他证明监护关系的材料原件；
3. 困难家庭证明。救助对象户籍所在地的乡镇、街道及以上相关部门出具的困难家庭证明原件；
4. 患儿本人的银行卡或银行存折信息。

县（市、区）红十字会工作人员现场核验，填写“初审意见”并加盖单位公章。

二、申请人须向定点医院提供下列相关材料

1. 已经户籍所在地县（市、区）红十字会审核通过的《福建省红十字会爱·希望少儿重特大疾病医疗人道救助申请表（2024 年度）》和身份证明、困难家庭证明等材料；
2. 定点医院出具的疾病和治疗证明材料。包括：患儿病情诊断证明、住院病历、出院小结等原件（或加盖医院公章的复印件）；
3. 合规的医疗收费票据原件。

附件 4

编号: 2024

福建省红十字会“爱·希望”少儿重特大疾病 医疗人道救助申请表

申请人姓名: _____ 身份证号码: _____

性 别: _____ 社保卡号: _____

监护人姓名: _____ 与申请人关系: _____

家庭电话: _____ 手 机: _____

户籍所在地: _____ 省(市、区) _____ 市 _____ 县 _____ 乡(镇) _____ 村

通讯地址: _____ 省(市、区) _____ 市 _____ 县 _____ 乡(镇) _____ 村

邮 编: _____

申请告知书

1. 福建省红十字会爱·希望少儿重特大疾病医疗人道救助专项基金(以下简称“爱·希望少儿大病救助基金”)，用于救助我省困难家庭患重特大疾病的0—14周岁儿童，由省红十字会负责筹集、管理和使用。

2. 符合条件的申请对象，应如实填写申请表，同时必须提供困难家庭证明原件(需对象户籍所在地的乡镇、街道及以上相关部门出具)，以及由治疗医院出具并加盖医院有效印章的疾病及费用证明材料(疾病诊断书、住院病历首页、治疗费用发票等)。

3. 申请人必须保证所提供资料的真实性，如发现有不实情况，红十字会将不予受理或收回救助金并追究相关责任。原则上每人每年度救助一次。

4. 申请时必须提供患儿本人的银行卡或存折账号，救助金将由省红十字会直接汇入此银行账户。为便于接受社会监督，符合条件的受助对象及救助金额等将通过省红十字会网站公示，受助对象的其他情况因工作需要也将通过相关媒体对外公布。

5. 本申请表的接收并不代表一定能获得救助。受理申请和评审认定可能需要进一步要求您补充提供相关证明。申请资料一经受理将不予退回。如您符合条件并获得了救助，请在收到救助金后，及时告知受理申请的红十字会。

6. 获得救助的申请人(监护人)，有责任和义务为各级红十字会提供必要的配合相关宣传活动的文字、照片、影像等资料，并同意使用所提供的资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申请规定。

申请人(监护人)签名:

年 月 日

以下各栏由申请人填写，县（市、区）红十字会审核

家庭主要成员情况	姓名	年龄	与申请人关系	工作或学习单位		
家庭经济情况	户籍性质	☐ 农业 ☐ 非农业		家庭总人口数（人）		
	主要收入来源					
	家庭年收入（元）			人均年收入（元）		
患儿本人银行卡或折号			账户名		开户行	
申请少儿大病医疗人道救助基金理由	申请人或监护人签名：_____ 年 月 日					
县（市、区）红十字会初审意见	负责人签名：_____ 联系电话：_____ 年 月 日 （单位公章）					

以下栏目由定点医院填写并审核

疾病诊断			
住院日期			
治疗总费用(元)			
医保报销 (元)		个人负担 (元)	
定点医院 初审意见	(单位公章) 负责人签名: 联系电话: 年 月 日		
定点医院 复审意见	(单位公章) 负责人签名: 联系电话: 年 月 日		
省红十字会 审核意见	申请人符合救助条件, 按标准发放救助金额_____元。 (单位公章) 负责人签名: 年 月 日		

证明材料粘贴单

温馨提示:

申请人需提供以下材料并按顺序粘贴:

1. 身份证明材料:

- ① 申请人的医保卡、户口簿首页及本人页复印件;
- ② 监护人(父母双方)身份证和户口簿复印件;
- ③ 申请人与监护人关系证明材料。

2. 困难家庭证明原件(需对象户籍所在地的乡镇、街道及以上相关部门出具):

3. 患儿本人银行卡或存折复印件。

4. 医疗单据:

以下三种票据均为合格

- ① 医疗机构开具的医疗收费票据原件;
- ② 加盖医保部门公章的医保结算单原件;
- ③ 商业保险理赔单原件及原始医疗票据复印件并加盖保险公司公章。

5. 疾病住院证明材料:

- ① 疾病诊断书;
- ② 住院病历;
- ② 出院小结。

抄送：各定点医院。

福建省红十字会办公室

2024 年 3 月 14 日印发

