



## 中华慈善总会百因止慈善援助项目 资金领取凭证

患者唯一号码：\_\_\_\_\_患者姓名：\_\_\_\_\_

今领到百因止援助资金\_\_\_\_\_元。（大写：\_\_\_\_\_）

患者签名：\_\_\_\_\_代领人签名：\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）

地方慈善会：\_\_\_\_\_经办人签名：\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）

**特别提示：**

患者本人未到场的，可由中华慈善总会审批通过的代领人签名，患者本人签名为空白。

患者本人到场，但不能写字的，可由家属在患者签名处代签，患者本人按手印，代领人签名处为空白。



## 中华慈善总会百因止慈善援助项目 资金领取凭证

患者唯一号码：\_\_\_\_\_患者姓名：\_\_\_\_\_

今领到百因止援助资金\_\_\_\_\_元。（大写：\_\_\_\_\_）

患者签名：\_\_\_\_\_代领人签名：\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）

地方慈善会：\_\_\_\_\_经办人签名：\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）

**特别提示：**

患者本人未到场的，可由中华慈善总会审批通过的代领人签名，患者本人签名为空白。

患者本人到场，但不能写字的，可由家属在患者签名处代签，患者本人按手印，代领人签名处为空白。

第一联 中华慈善总会项目办留存

第二联 中华慈善总会财务部留存



中华慈善总会百因止慈善援助项目  
资金领取凭证

第三联  
地方慈善会留存

患者唯一号码：\_\_\_\_\_患者姓名：\_\_\_\_\_

今领到百因止援助资金\_\_\_\_\_元。（大写：\_\_\_\_\_）

患者签名：\_\_\_\_\_代领人签名：\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）

地方慈善会：\_\_\_\_\_经办人签名：\_\_\_\_\_（\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）

特别提示：

患者本人未到场的，可由中华慈善总会审批通过的代领人签名，患者本人签名为空白。

患者本人到场，但不能写字的，可由家属在患者签名处代签，患者本人按手印，代领人签名处为空白。

-----