

发票退回申请

患者_____, 身份证号_____, 是“易生守护甲型血友病患者援助项目”患者, 现因以下原因需要退回申请援助时的购药发票原件。

退回原因:

需退回发票号:

发票日期	发票号码

需退回发票数量: _____张

退回地址:

患者/监护人签字:
年 月 日