|  |
| --- |
| 慈善医疗救助申请表 |
| 申请日期：  | 申请编号： |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 | 年龄 | 　 |
| 身份证号 | 　 | 联系电话 |  |
| 户籍地址 | 　 |
| 现住址 |  | 邮编 |  |
| 家庭成员 | 姓名 | 关系 | 年龄 | 联系电话 | 工作单位 | 月收入 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 申请理由（注明家庭困难情况） |  申请人（家属）签名： 年 月 日 |
| 本人声明，以上内容真实无误，如有虚假，由本人承担相应的法律责任，并同意公开救助信息。   申请人（签名）： 日期： 年 月 日　 |
| 经办人意见 |  |
| 负责人审批 |  |
| 备注 | 交此表时需提供以下资料：（1）申请人的户口簿、身份证及复印件；（2）疾病诊断证明；（3）申请人（或家属）开户银行存折及复印件；（4）诊治医院医疗收费发票原件或其他有效证明材料；（5）来穗务工人员，需提供有效的《广东省居住证》、工作证及复印件，申请之日起前24个月连续缴纳社会保险证明（含医疗保险）；（6）在本市大中专院校就读学生，需提供学生证及复印件，学校出具的就医困难证明。 |