石狮市慈善总会冠名基金救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 身份证号码 |  |
| 家庭地址 |  |
| 联系电话 |  | 户口所在地 |  |
| 本户家庭成员情况 | 姓名 | 与申请人关系 | 性别 | 出生年月 | 健康状况 | 收入来源 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申请理由 |  申请人： 年 月 日 |
| 村（社区、单位或证明人）意见 |   负责人（证明人）签字： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 镇（街道）意见 | 负责人（证明人）签字： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 冠名基金审核人意见 | 经审核，同意给予该家庭临时救助 元。审核人签字： 年 月 日  |
| 慈善总会审批意见 | 负责人签字： 单位（盖章） 年 月  |

编号：

附：1、申请人申请报告；

2、申请人身份证复印件；

3、申请疾病救助需提供县级以上医院疾病证明等材料复印件。