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。