黄石市红十字会“关爱白血病项目”白血病儿童资助申请表

申请人姓名： 性别： 年龄：

身份证号码：

监护人姓名： 与申请人关系：

手机号码：

户籍所在地： 省（市、区） 市 县 乡（镇） 村

通讯地址： 省（市、区） 市 县 乡（镇） 村

邮编：

申报日期： 年 月 日

申 报 须 知

1. 本申请表由申请人本人填报（申请人本人未成年的，可由其法定监护人填报），请用黑色钢笔或签字笔书写。
2. 本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。
3. 该救助项目为一次性救助，对已获得一次救助的申请对象不受理重复申请。
4. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，黄石市红十字会保留依法追索救助款的权利。
5. 本申请表由黄石市红十字会印制并负责解释。
6. **申请人所需提供的材料：**

**（1）填写并经户籍所在地县级以上（含县级）红十字会审核后的申请表。**

**（2）申请患儿的户口簿本人页复印件；**

**（3）申请患儿法定监护人的户口簿本人页复印件、身份证复印件；**

**（4）病情诊断证明。**

**（5）治疗费用发票复印件。**

**（6）申请人接受救助款拨付的存折（卡）复印件，提供银行卡复印件的需注明开户银行（具体到分行支行），例如：中国工商银行湖北黄石分行沈家营支行。**

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

**申请人（监护人）签字**：

**申请日期： 年 月**

黄石市红十字会白血病儿童资助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | 性别 | | |  | 出生年月 | |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | 工作单位  或就读学校 | |  | | |
| 户籍地址 | 省 市 县（区） 乡（镇、街） 村 组 | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | 省 市 县（区） 乡（镇、街） 村 组 | | | | | | | | | | |
| 邮 编 |  | 联系电话1 | | |  | | | 联系电话2 | |  | |
| 确诊病型 |  | | | | | | 确诊医院 | |  | | |
| 已花费用 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭  成员  情况 | 姓 名 | | 年龄 | 与申请人关系 | | | 工作单位或就读学校 | | | | |
|  | |  |  | | |  | | | | |
|  | |  |  | | |  | | | | |
|  | |  |  | | |  | | | | |
|  | |  |  | | |  | | | | |
|  | |  |  | | |  | | | | |
| 家庭  经济  状况 | 户籍性质 | | 1.农业 2.非农业 | | | | 家庭人口总数 | | | |  |
| 主 要  收入来源 | |  | | | | | | | | |
| 家庭年收入 | |  | | | | 人均年收入 | | | |  |
| 申请人接受  救助款的  银行信息 | 1.户 名：  **(必须以申请人本人名义办理银行卡或者存折账户)** | | | | | | | | | | |
| 2.开户银行：  **（开户银行必须明确到哪个分行哪个支行，例如：中国工商银行孝感分行孝天支行三江分理处。不清楚的，可到开户银行询问）** | | | | | | | | | | |
| 3.账（卡）号： | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申  请  原  因 | 申请人或监护人签字： 年 月 日 |
| 市红十字会  审批意见 |  |