|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **江苏省贫困家庭儿童重大疾病慈善救助申请表** |
| 编号： 申请日期： |
| 姓 名 | 　 | 性 别 | 　 | 出生年月 | 　 | 民 族 | 　 | 照片 |
| 身份证号 | 　 | 经济情况 | 　 |
| 学 校 | 　 | 班 级 | 　 |
| 家庭住址 | 　 |
| 联系电话 | 　 | 家庭年收入 | 　 | 家庭人口 | 　 |
| 家庭成员信息 |
| 姓名 | 年龄 | 与患儿关系 | 工作单位 | 联系电话 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 疾病诊断 | 　 |
| 治疗医院 | 　 |
| 接受过何种救助及救助金额 | 　 |
|
| 申请资助理由 |  监护人签字： 年 月 日 |
| 乡、镇（街道）民政办 意见 | 签字： （盖章） 年 月 日 | 县（市、区）慈善总会意见 | 签字： （盖章） 年 月 日 |
|
|
|
| 市慈善 总会意见 | 签字： （盖章） 年 月 日 | 省慈善 总会意见 | 签字： （盖章） 年 月 日 |
|
|
|
| **1、申请表所附材料：①户口本或身份证复印件；②疾病诊断证明；③低保证复印件或贫困证明原件或《儿童福利证》复印件；2、编号说明：县（市、区）慈善总会编排，编号由患儿所在地省辖市简称+县（市、区）简称+年份后两位+月份（2位数）+申请患儿序号（3位数）组成。三位数序号全年顺延排序，隔年重新排序；3、“经济情况”栏填写选项：孤儿、低保户、低保边缘户。**  |