化隆县红十字人道救助审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人****姓 名** |  | **性 别** |  | **出 生****年 月** |  | **照****片** |
| **民 族** |  | **身 份证 号** |  |
| **家 庭****主 要****成 员** | **姓 名** | **年 龄** | **与本人关系** | **工作单位** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **家 庭****经 济****情 况** | **家 庭****住 址** |  | **联 系****电 话** |  |
| **主要经济来 源** |  | **家庭收****入（年）** |  |
| **以下各栏由申请人填写，如有□所标项目，请在对应的□内打“√”** |
| **家庭****情况** | **□重点优抚对象 □城乡低保对象 □农村“五保”供养对象****□重度残疾人 □低收入家庭 □其他特殊困难家庭** |
| **疾病****类型** | **□恶性肿瘤 □急性白血病 □尿毒症****□先天性心脏病 □再生障碍性贫血 □血友病** **□其他** |
| **村委会、社区委员会意见** | **（盖章）** |
| **负责人签名： 年 月 日** |
| **乡镇政府意见** | **（盖章）** |
| **负责人签名： 年 月 日** |
| **县（区）红十字会意见** | **（盖章）** |
| **负责人签名： 年 月 日** |
| **救助金额确定为 元。** |
| **户口或身份证复印件粘贴处** |

**注：附相关资料（贫困证明、疾病证明等）复印件，一式二份。**