附件2

“小善举·大爱心” 第四批扶助基金申报审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | | 民族 |  | 身份证号 |  |
| 住 址 | |  | | | | | 联系电话 | |  |
| 银行账号 | |  | | | | | 开户行 | |  |
| 工作单位 | |  | | | | | 职务/职称 | |  |
| 家庭成员 | 姓 名 | | 与本人关系 | | 年 龄 | | 单位及职业 | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
|  | |  | |  | |  | | |
| 家庭困难情况 | （须附相关证明材料） | | | | | | | | |
| 申请人所在单位意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 县（市、区）卫生计生局意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | 县（市、区）计划生育协会意见：  （盖章）  年 月 日 | | |
| 市（州）卫生计生委意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | 市（州）计划生育协会意见：  （盖章）  年 月 日 | | |
| 省卫生工会工作委员会意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | 省人口健康福利基金会意见：  （盖章）  年 月 日 | | |

填写说明：

1、本表由受助对象本人填写，本次救助金额为5000元/户；

2、因大病致困申报扶助的，须附县级以上医院疾病诊断证明、病历及治疗费用等相关证明材料（复印件）；

3、因灾致困的需提供灾情现场照片等相关证明材料；

4、因公殉职、因公受到人身伤害、失独家庭、伤残家庭需由单位出具证明。