附件3

“小善举·大爱心” 第四批扶助基金申报汇总表

市州（单位）名称（盖章）： 联系人： 联系电话： 时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号码** | **电话号码** | **工作单位及职务** | **致困原因** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：本汇总表的电子版和一式两份纸质版（需加盖公章），于7月30日之前报送至省人口健康福利基金会。