**附件：抚州市慈善总会健康扶贫“秋露”项目申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人填写内容** | **申请人****姓名** |  | **性 别** |  | **照片** |
| **籍 贯** |  | **民 族** |  | **出生年月** |  |
| **身份****证号** |  |
| **所患疾病名称** |  | **联系电话** |  |
| **共需医疗费用** |  **万元** | **个人自付金额** |  **万元** | **家庭****地址** |  |
| **医保结算清单号** |  |
| **贫困户账户名** |  | **账号：**  |  | **开户行** |  |
| **县区慈善总会意见** |  **经初审，该同志符合市慈善总会“秋露”卫生扶贫项目资助条件，**  **签字：** **（盖章）：** **年 月 日** |
| **市慈善总会办公室意见** |  **经审核，该同志符合市慈善总会“秋露”卫生扶贫项目资助条件，建议给予慈善救助 元。**  **签字：**  **（盖章）：**  **年 月 日** | **市慈****善总****分管****副会****长意****见** |  **签字：** **年 月 日** |
| **市慈善总会常务副会长意见** |  **签字：**  **年 月 日** |

**注：本表一式两份**