

云南省红十字微公益困境救助申请表

申请人姓名					性别			年龄					联系电话				
身份证号码																	
职工医保 o									居民医保 o								
家庭住址																	
申请原因	申请原因: 申请人签名: _____ 年 ____ 月 ____ 日																
申请资料	n 身份证明: _____ 份 _____ 页, 备注: _____ n 银行卡正反面复印件: _____ 份 _____ 页, 备注: _____ n 已 获 得 其 他 机 构 救 助 情 况 说 明 : 其他证明材料(包含病情证明、出院证明及发票等): _____ 份 _____ 页, 备注: _____ 说明: 1. 材料请按以上顺序附后。 2. 打款银行卡应为本人银行卡或者监护人(监护人需提供户口簿)。																
社区审核意见	审批意见: 负责人签名: _____ (单位盖章) _____ 年 ____ 月 ____ 日																

项目组意见或基层红十字会意见	负责人签名：_____（盖章） 年____月____日
州（市）红十字会、云南省红十字人道资源动员中心或云南省红十字会审批（可根据实际情况选择）	审批意见： 负责人签名：_____ 年____月____日
备 注	