江苏省华侨公益基金会

大病患者救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | | 性别 |  | | 患何种疾病 | |  |
| 家庭经济  状况 | 家庭住址 | |  | | | 身份证号 | |  |
| 家庭电话 | |  | | | 手 机 | |  |
| 主要收入  来源 | |  | | | | | |
| 家庭年收入 | |  | | | 人均年收入 | |  |
| 申请救助  理由 | 申请人签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 经办人 | |  | | | 秘书处意见 | |  | |
| 会长意见  年 月 日 | |  | | | 理事长意见  年 月 日 | |  | |