|  |
| --- |
| 威海市文登区2021年度慈善大病困难救助汇总表 |
| 填报单位（盖章）： 　　　　　　　　　　　　　　　　 填报时间： |
| 序号 | 镇（办） | 姓名 | 身份证号码 | 家庭住址 | 家庭电话 | 家庭经济状况（居民、职工、机关事业、特困、低保） | 所患疾病 | 个人自负医疗费（元） | 慈善大病困难救助金额 （元） | 持卡人姓名 | 卡号 | 身份证号 | 与本人关系 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 填报人： | 审核人： | 负责人： |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1、此表中序号与申请表排序对应并装订成册。 2、卡号仅限文登农商银行卡（非本人卡，需提交持卡人文登农商银行卡及身份证复印件，正反面复印一张纸上） |
|