威海市文登区2021年度慈善大病困难救助申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照 片 |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 所患疾病 |  | 年医疗费总额（元） |  |
| 报销医疗费（元） |  |
| 自负医疗费（元） |  |
| 家庭主要成员情况（所有子女） | 姓名 | 与本人关系 | 身份证号码 | 单 位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭经济状况及病情 |  |
| 村（居）委会意见 | 镇（街）意见 | 区民政局（慈善总会）意见 |
| 审核人签名：年 月 日（盖章） | 审核人签名：年 月 日（盖章） | 年 月 日（盖章） |