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） | |