“淄助你”特殊困难家庭救助基金使用审批表

 （20 年）第 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 家庭人口 |  | 是否享受低保 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 所属区县（单位） |  | 区县（单位）救助情况 |  |
| 住 址 |  |
| 申请救助原因 |  （可加附页） |
| 救助核查意见 | 区（县）慈善总会意见：签字（盖章）：年 月 日 | 市属单位意见：签字（盖章）：年 月 日 |
| 救助审批意见 | 救助部审核情况及救助意见：  签字： 年 月 日 |
| 秘书长意见：签字（盖章）： 年 月 日 | 常务副会长审批意见：签字： 年 月 日 |
| 注：1、另附：个人（单位）救助申请、病情病历、医疗结算单据、贫困证明、身份证复印件及区县慈善总会救助审批单复印件各一份；2、各级审核审批意见不能为空，须负责人签字盖章，否则视为无效。 |