“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。 | | | | | | | | | | | |