

## 乐从慈善会重点对象医疗救助申请表

\_\_\_\_\_村（居）

填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|                                |       |                              |    |                      |                              |                |   |
|--------------------------------|-------|------------------------------|----|----------------------|------------------------------|----------------|---|
| 申请人姓名                          |       | 性别                           |    | 年龄                   |                              | 申请人类别          | <input type="checkbox"/> 低保家庭 <input type="checkbox"/> 低保临界家庭<br><input type="checkbox"/> 三无人员<br><input type="checkbox"/> 五保人员 <input type="checkbox"/> 其他家庭 |
| 疾病名称                           |       |                              |    | 顺德农商<br>银行存折<br>户名   |                              | 顺德农商银<br>行存折帐号 |   |
| 身份证号码                          |       |                              |    |                      |                              | 联系电话           |   |
| 本年度申请<br>政府临时救<br>助金额（累计<br>数） |       | 本年度申请<br>乐从慈善会<br>医疗救助金<br>额 |    |                      | 本年度申请<br>乐从慈善会<br>医疗救助次<br>数 |                |   |
| 本年度申请<br>市区慈善会<br>医疗救助金<br>额   |       | 亲友<br>救助<br>金额               |    | 个人求助公开募捐<br>已获的社会资助款 |                              |                |   |
| 患病治疗费扣除医疗保险、社会资助后自付金额          |       |                              |    |                      |                              |                |   |
| 家庭情况概述                         | 家庭人口数 |                              |    |                      | 家庭每月收入总计                     |                |   |
|                                | 姓名    | 与申请人关系                       | 年龄 | 工作单位/在读学校            |                              | 每月收入           |   |
|                                |       |                              |    |                      |                              |                |   |
|                                |       |                              |    |                      |                              |                |   |
|                                |       |                              |    |                      |                              |                |   |
|                                |       |                              |    |                      |                              |                |   |
| 申请救助理由                         |       |                              |    |                      |                              |                |   |