

二七区慈善总会困难救助审批表

救助人名 姓 名		性 别		年 龄		救助照片
出生年月		民 族		救助类别		
家庭住址				联系电话		
家 庭 成 员 情 况						
姓 名	性 别	年 龄	与被救助关系	工作单位	月收入	
家庭月收入			月享受低保金			
申 请 救 助 原 因	申请人签字：_____ 年 月 日					
社区（村委会）意见 年 月 日				办事处（乡镇）意见 年 月 日		
区慈善总会办公室意见 年 月 日				领导批示 年 月 日		

备注：一寸近期免冠照片一张