附件

宜昌市困难精神病患者慈善救助基金申请审批表

宜昌市优抚医院住院患者救助专用

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 相  片 |
| 户 籍 |  | 出生年月 |  |
| 联系电话 |  | 工作单位 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 家庭地址 |  | | |
| 救助类型 | 慈善医疗救助 | | | |
| 申请理由 |  | | | |
| 市优抚医院  初步认定意见 | 年 月 日 | | | |
| 县市区慈善会  审核意见 | 年 月 日 | | | |
| 市慈善总会  财务部审核意见 | 年 月 日 | | | |
| 市慈善总会领导审批意见 | 年 月 日 | | | |