# 附件

“绍兴市外来建设者重大疾病关爱项目”申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 籍贯 |  |
| 户籍所在地 |  | 身份证号 |  |
| 现居住地址 |  | 居住时间 |  |
| 现工作单位（起止时间） |  | 联系电话 |  |
| 疾病名称 |  | 医疗票据自付费用总额 | 元 |
| 申请人银行账号 |  | 开户行名称（具体到支行） |  |
| 申请救助 情况说明 | 申请人签名 年 月 日 |
| 本人承诺 | 本人承诺以上申请及申请材料真实有效，本人愿意就其真实性承担相关的责 任。申请人签名并按指模： 年 月 日 |
| 第三方初审意见 | **经实地走访、审核，该申请对象情况属实，根据本项目管理使用办法，建议救助 元。** 审核人签名： 初审单位（盖章） 年 月 日 |
| 项目部审核意见 |    签名： 年 月 日 |
| 总会秘书长复审意见 |  签名： 年 月 日 |
| 总会领导终审意见 |  签名： 年 月 日 复核人 ： 年 月 日 |

注：申请人提交申请表时，需附《“绍兴市外来建设者重大疾病关爱项目管理办法》规定的相关申请材料。