# 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。