附件2

威海市2025年度非威海籍中小学生慈善大病救助汇总表

填报单位（盖章）： 　　　　　　　　　　　　　　　 　填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 就读学校及班级 | 户籍所在地 | 居住地址 | 联系电话 | 家庭经济状况(是否低保家庭） | 所患疾病 | 患者银行账号（I类银行卡）、开户银行及开卡城市 | 个人自负医疗费（元） | 慈善大病救助额（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人：　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 负责人：

注：此表中序号与申请表排序对应并装订成册。