附件1

威海市2025年度“向阳而生·逐光而行”

* + - * 1. 威高血液净化肾病透析救助项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 身份证号码 | | |  |
| 联系电话 |  | | 家庭住址 |  | | | | |
| 申请对象  困难类别 | □低保对象  □特困人员  □其他人员 | | 其他对象：1、家庭年人均可支配收入 元；  2、家庭成员 人；  3、家庭月人均可支配收入 元；  4、经核查其家庭金融资产 万元。 | | | | | |
| 患者开户银行及账号（I类银行卡） |  | | | 血透医疗费总额（元） | | |  | |
| 其中自负血透费（元） | | |  | |
| 拟救助比例（%） | | |  | |
| 开卡城市 |  | | | 拟救助金额 | | |  | |
| 家庭主要  成员情况 | 姓名 | 与本人关系 | | 单位/住址 | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| 村（居）委会意见 | | | 镇政府（街道办事处）意见 | | | 区（市）民政部门  （慈善总会）意见 | | |
| 年 月 日  （盖 章） | | | 年 月 日  （盖 章） | | | 年 月 日  （盖 章） | | |