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） |