附件3

先天性心脏病患儿救助项目基金会救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 年 龄 | 周岁 |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 户籍地址 |  | 家庭人口 | 人 |
| 家庭成员情况 | 姓 名 | 与本人关系 | 身份证号 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 服务对象基本情况 | 该患儿因患有先天性心脏病，需进行手术治疗，现向基金会申请人道救助。 |
| 村（居）委会意见 | 镇（街）意见 |
|  年 月 日 （盖章） |  年 月 日 （盖章） |
| 村（居）委会联系电话： |