附件1

厦门市湖里区红十字人道救助申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 年 龄 |  | | 身份证号 | |  |
| 家庭住址 |  | | | | 联系人 |  | | 手机号码 | |  |
| 本人账户  开户行 |  | | | | 本人银行账号 |  | | | | |
| 家庭成员  职业、经济状况 |  | | | | | | | | | |
| 救助对象类别 | | □低保户 □低收入家庭 □其他 | | | | | | | |
| 申  请  理  由 | 申请人： | | | | | | | | | |
| 基层单位  调查审核  意 见 | 签章： 日期(盖章)： | | | | | | 主管单位调查审核意 见 | | 签章： 日期(盖章)： | |
| 区红会  研究审核  审定意见 | 经研究，拟救助人民币 元整。  经 办 人： 日期： | | | | | | | | | |
| 常务副会长： 日期： | | | | | | | | | |
| 会 长： 日期： | | | | | | | | | |

注：要求申请材料真实、完整，包括以下内容：

1.湖里区红十字人道救助申请审批表（一式两份）；

2.本人身份证正反面、户口复印件；

3.申请人本人银行卡或存折复印件；

4.当年度二级以上医院诊断证明书（**原件**）、出院记录（复印件）、住院发票复印件；

5.相关证明（如低保低收入证明、重点优抚对象证明、计生困难户、本区或红十字事业有突出贡献者等）复印件；