**附件2：**

**2024年“携手助老区”助医受助申请表**

**乡（镇）分会 申报日期：2024年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本情况** | **申报对象** |  | **所属村名** |  | |
| **身份证号码** |  | | | |
| **联系电话** |  | **困难类别** | |  |
| **家庭成员（位）** |  | **劳动力（位）** | |  |
| **2023年收入来源** |  | | | |
| **2023年人均收入** |  | | | |
| **申报**  **理由** |  | | | | |
| **村两委会公示意见** | **签字（盖章）2024年 月 日** | | | | |
| **乡镇分会审查意见** | **签字（盖章）2024年 月 日** | | | | |
| **乡镇政府审核意见** | **签字（盖章）2024年 月 日** | | | | |
| **县（市、区）“三会”审批意见** | **签字（盖章）2024年 月 日** | | | | |

注：1、困难类别：低收入户和其他；2、申报理由应包括：因何重病造成困难即原因和理由，确保内容全面真实准确。3、本表须在乡镇和受助对象所属村公示栏中公示一周以上；4、此表上报须附申报对象身份证和兴化农商行银行卡复印件以及患者重大疾病“医院诊疗报告（复印件）”。5、此受助申请表作为慈善公募项目情况说明附表一同报送。