“东莞慈善·玉兰关爱”女性健康项目申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |
| **家庭住址** |  | **联系电话** |  |
| **户籍所在地** |  | **身份证号码** |  |
| **工作单位** |  | **类型** | 填写重大疾病或心理疾病 |
| **家庭其他成员及收入情况** |
| **姓名** | **年龄** | **关系** | **工作（学习）单位** | **年收入** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **近一年自付门诊及住院医疗费用（元）** |  | **已获商业保险报销（元）：** |  | **后续医疗费用（元）** |  |
| **已获政府救助金（元）：** |  |
| **已获社会各界救助（元）：** |  |
| **银行户名** |  | **银行账号** |  | **开户分行** |  |
| 申请救助原因 | 本人承诺：以上内容无弄虚作假，若被查出情况不属实，救助金额必须全额退回，并承担相应的法律责任。签字（盖手指模）：  年 月 日 |
| 镇街（园区）妇联审核意见 | （需写明申请人的身份、家庭情况、家庭收入，病情、花费、已获社会医疗保险报销、商业保险理赔、基本医疗救助、政府临时救助等） 镇街（园区）妇联签名并盖章年 月 日 |
| 市妇联审核意见 |  签名盖章年 月 日 | 市慈善会审批意见  | 签名盖章年 月 日 |
| 备注 |  |