

附件 1

威海市 2025 年度“向阳而生·逐光而行”威高  
血液净化肾病透析救助申请表

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	<input type="checkbox"/> 低保对象 <input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 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)	