

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项目申请表

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、家庭月年人均可支配收入_____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)	