**四川省医药爱心扶贫基金会**

**第九批医药爱心救助项目个人申请表**

所在市（州）： 县（市、区）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号 |  |
| 联系地址 |  |
| 联系电话1 |  | 联系电话2 |  |
| 开户名 |  | 开户行 |  |
| 银行卡号 |  |
| 个人承诺 | 本人知晓项目救助条件及标准, 并对以上信息及申请材料的真实性负责。在救助资金不足时，对未能享受到医药爱心救助不存在异议。 本人签字（捺手印）： 年 月 日 |
| 市州工作部意见 | 经核实该申请对象符合救助条件，情况属实，同意救助。签字并盖章： 年 月 日 |

注：1．申请表须由本人填写，若本人不能填写，可由亲属代写，但需本人在“本人签字”处盖手印；

1. 提供的银行卡号、开户名、开户行需是本人持有的，若本人无银行卡号可提供直系亲属的银行卡号，但须提交代领人身份证复印件及户口本复印件以证其直系亲属关系。
2. 请各市（州）工作部将个人申请表与身份证复印件、贫困证明、基本医疗保险结算单、依归转诊相关手续、出院证明、民政医疗救助凭证及其他相关申请材料一并保存。