江苏省华侨公益基金会

大病患者救助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 患何种疾病 |  |
| 家庭经济状况 | 家庭住址 |  | 身份证号 |  |
| 家庭电话 |  | 手 机 |  |
| 主要收入来源 |  |
| 家庭年收入 |  | 人均年收入 |  |
| 申请救助理由 |  申请人签名： 年 月 日 |
| 经办人 |  | 秘书处意见 |  |
| 会长意见 年 月 日 |  | 理事长意见 年 月 日 |  |