**附件：**

**“慈善伴我行·我助您行走”活动申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者  姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |  |
| 出生  年月 |  | 家庭  人口 |  | 家庭人均收入(元) |  |
| 联系  电话 |  | 申请人类别 | 低收入村民🞎 优抚对象特困户🞎  困难党员🞎 残疾人🞎 其他🞎 | | |
| 残疾  等级 |  | 残疾  类别 |  | | |
| 残疾  证号 |  | | 身份  证号 |  | | |
| 家庭  住址 |  | | | | | |
| 监护人或委托申请人 |  | | 与申请人关系 | |  | |
| **村(社区居)委会初审意见：**  (盖章)  经办人: 审核人:  年 月 日 | | | | | | |
| **泉州滨海医院审批意见：**  (盖章)  经办人: 审核人:  年 月 日 | | | | | | |
| **备注：** | | | | | | |

本表一式两份，村（居）委会、泉州滨海医院各一份。