**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。