

附件 1-1

“深圳经济特区建设者重大疾病关爱基金”申请表

(申请“深圳经济特区建设者重疾救助金”适用)

申请人姓名		性别		出生年月		籍贯	
户籍所在地	身份证号						
现居住地址				居住时间			
现工作单位 (起止时间)				联系电话			
疾病名称				医疗票据负担费用总额	元		
第几次申请 (含申请时间)				已累计资助金额	元		
申请人银行账号				开户行名称 (具体到支行)			
申请材料接收单位			接收人		联系电话		
申请救助情况说明	申请人签名 年 月 日						
本人承诺	本人承诺以上申请及申请材料真实有效，本人愿意就其真实性承担相关的责任。 申请人签名并按指模： 年 月 日						
初审意见	审核人签名： 初审单位（盖章） 年 月 日						
复审意见	审核人签名： 复审单位（盖章） 年 月 日						
专家评审意见	评审代表签名： 年 月 日						
复核意见	复核人： 年 月 日						

注：申请人提交申请表时，需附《“深圳经济特区建设者重大疾病关爱基金”项目实施方案》规定的相关申请材料。

“深圳经济特区建设者重大疾病关爱基金”申请表

（申请“深圳经济特区建设者子女重疾救助金”适用）

患儿姓名		性别		出生年月	
户籍所在地	身份证号/出生证号				
疾病名称				医疗票据负担费用总额	元
第几次申请				已累计资助金额	元
申请人姓名		性别		出生年月	
户籍所在地				身份证号	
现工作单位 (起止时间)				联系电话	
现居住地址					
申请人 银行账号				开户行名称(具 体到支行)	
申请材料接收单位			接收人		联系电话
申请救助 情况说明	申请人(签名) _____ 年 月 日				
申请人承诺	本人承诺以上申请及申请材料真实有效, 本人愿意就其真实性承担相关的责任。 申请人签名并按指模: _____ 年 月 日				
初审意见	审核人签名: _____ 初审单位(盖章) _____ 年 月 日				
复审意见	审核人签名: _____ 复审单位(盖章) _____ 年 月 日				
专家评审意见	评审代表签名: _____ 年 月 日				
复核意见	复核人: _____ 年 月 日				

注: 申请人提交申请表时, 需附《“深圳经济特区建设者重大疾病关爱基金”项目实施方案》规定的相关申请材料。