附件2

**政和县健康扶贫基金补充救助申请审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | | 性别 |  | | 出生年月 | | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 家庭人口 | | |  | | |
| 户籍地 | |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | 证明材料张数 | | |  | | |
| 列入建档立卡贫困人口时间 | |  | | | | | | | | | | | |
| 申请理由 | |  | | | | | | | | | | | |
| 各项医疗保险报销和民政救助后个人自费金额 | |  | | | | | | | | | | | |
| 共同生活家庭成员情况 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓　名 | 性别 | | | 与申请  人关系 | 出生  年月 | 个人  类别 | | 工作单位 | | | | 月收入（元） | |
|  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | |
|  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | |
|  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | |
|  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | |
|  |  | | |  |  |  | |  | | | |  | |
| 家庭月总收入（元） | | | | |  | | | 家庭人均月收入（元） | | | |  | |
| 本人同意接受村（居）委会、乡（镇）人民政府、街道办事处及县直部门对本人及家庭收入、实际生活、健康（病情）等情况进行调查核实，提供材料如有不实，自愿放弃接受补充救助的权利，并接受相应处理。 | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人签名： | | | | | | 日期：　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 村（居）委会调查意见 | | | 经入户调查，该家庭/个人因 导致基本生活困难，符合补充救助条件，有材料证明 份，建议给予补充救助 元。  调查人： | | | | | | | | | |
| 村（居）委会主任： | | | | | | | | | |
| 村（居）委会（盖章） | | | | | | | 日期： 年 月 日 | | |
| 乡（镇、街道）初审意见 | | | 经初审，该家庭/个人因 导致基本生活困难，符合补充救助条件，有材料证明 份，建议给予补充救助 元。  经办人： 分管领导： | | | | | | | | | |
| 乡（镇、街道）主要领导： | | | | | | | | | |
| 乡（镇）人民政府、街道办事处  （盖章） | | | | | | 日期： 年 月 日 | | | |
| 县扶贫办  审核意见 | | | 经审核，该家庭/个人符合补充救助条件，同意给予补充救助 元。 | | | | | | | | | |
| 经办人： 审核人： | | | | | | | | | |
| 县直部门（盖章） | | | | 日期： 年 月 日 | | | | | |
| 爱心扶贫基金拨付情况 | | | 账户名： | | | | | | | | | |
| 开户行： | | | | | | | | | |
| 账号： | | | | | | | | | |
| 补充救助资金： | | | | | | | | | |

本表一式三份，由乡（镇、街道）、县扶贫办、县慈善总会各一份。