附件2

南宁市无偿献血关爱和救助公益金救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 籍贯 |  | 民族 |  |
| 身份证号 |  | 是否享受低保 |  | 月领取低保金 |  |
| 医保方式 |  | 医保报销比例 |  |
| 收款人姓名 |  | 收款人账号 | （非信用卡） |
| 开户行 | （详细具体支行或分理处） |
| 家庭成员情况 | 姓名 | 年龄 | 性别 | 关系 | 工作或学习单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 家庭人口合计 |  |
| 申请理由 | （材料附后）  签名：年 月 日 |
| 南宁中心血站审核意见 | 负责人签名：单位公章年 月 日 |
| 南宁市红十字会审核意见 | 负责人签名：单位公章年 月 日 |

咨询电话：966614 地址：南宁市西乡塘区科园大道18号南宁中心血站业务副楼10楼