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