附件一：

**鄂州市慈善总会2021年度义务教育阶段**

**患病困难学生救助申请表**

区 乡镇/街道 年 月日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 病种 | | |  | | | 照片 |
| 性别 |  | 出生 年月 | |  | 联系电话 |  | |
| 家庭详细地址 | |  | | | | | |
| 家  庭  成  员 | 姓名 | 称谓 | 工作单位 | | | | 收入情况 | |
|  |  |  | | | |  | |
|  |  |  | | | |  | |
|  |  |  | | | |  | |
|  |  |  | | | |  | |
|  |  |  | | | |  | |
| 申请人情况 说明 | 本人为□低保家庭、□脱贫户、□其他困难群体，2021年自负医疗费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_元，因自负医疗费用较大造成生活困难，特申请2021年度义务教育阶段困难学生救助，申请人愿意接受审核机关因实施救助需要进行的工作调查，同时申请人及家庭成员授权民政部门，自愿接受居民家庭经济状况核对。承诺所提供的材料及填报的事项真实、完整、有效，没有骗取冒领救助行为。否则，愿意承担由此发生的所有责任，并退回救助金，自动放弃接受救助的权利。  申请人（监护人）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 备注 | 请将申请人家庭成员身份证（户口本）复印件，低保证（脱贫监测帮扶联系手册）复印件，重症卡复印件，学生在校证明，医院诊断证明、住院发票复印件，申请人（监护人）银行卡复印件连同本表一起上交市慈善总会。 | | | | | | | |

附件二：

在校证明

兹有学生 （姓名）， （性别），身份证号： ，系我校年级班在校生，具有我校正式学籍。

学校（盖章）

年 月 日