附件2

**第二类人员申请“华厦光明基金”审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 出生年月 |  | 性别 |  |
| 身份证号码 |  | 民族 |  |
| 监护人姓名 |  | 联系电话 |  | 与患者关系 |  |
| 资助金额 |  | 社会保障卡号 |  |
| 贫困原因 |  |
| 个人申请 | 　　　　　　　　　　　申请人签字（手印）：　　　　　 　　　　 　年　月　日 |
| 村（居）委会意 见 | **（**公章）　　　　　　　　　　　　　 　年　月　日 |
| 县（市、区）老促会意见 | （公章）　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月 日 |
| 南平市老促会意 见 | （公章）　　　　　　　　　　　　 　 　年　月　日 |