**贵州红十字“安媛基金”申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 身份证号 |  |
| 出生年月 |  | 本人联系电话 |  |
| 紧急情况  联系人 |  | 紧急情况  联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | | |
| 申请援助事由 |  | | |
| 贫困证明 | 是 市（州） 县 乡 村  已建档立卡贫困家庭成员。  证明单位：（验章）  年 月 日 | | |
| 贵州红十字“安媛基金”管理委员会意见 | 签字： 验章：  年 月 日 | | |
| 贵州省红十字基金会意见 | 签字： 验章：  年 月 日 | | |