重庆市青少年发展基金会“普瑞点亮瞳心”

项目资助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 |  |
| 出生日期 |  | 身份证号 |  | | | |
| 监护人姓名 |  | 与本人关系 |  | | 联系方式 |  |
| 家庭地址 |  | | | | | |
| 银行账户  信息 | 户名 | （须为监护人或本人开户） | | | | |
| 开户银行 |  | | | | |
| 银行卡号 |  | | | | |
| 家庭贫困原因（可另附页） |  | | | | | |
| 医疗费用（元） | | 申请资助金额（元） | | 申请人签字 | | |
|  | |  | |  | | |
| 所在地县级团委（社区、学校）确认盖章 | | (公 章)  年 月 日 | | | | |
| 重庆普瑞眼科医院有限公司  意见 | | 援助病种：  经审核，建议资助人民币\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元（大写），￥\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元（小写）。  （公 章）  年 月 日 | | | | |
| 重庆市青少年发展基金会  意见 | | 经审核，决定资助人民币\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元（大写），￥\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元（小写）。  （公 章）  年 月 日 | | | | |