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 |