附件2

**福建省红十字会多胞胎困难家庭救助申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | 性别 | |  |
| 工作单位 |  | | 职务 | |  |
| 身份证号码 |  | | 联系电话 | |  |
| 配偶姓名 |  | | 性别 | |  |
| 工作单位 |  | | 职务 | |  |
| 身份证号码 |  | | 联系电话 | |  |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 家庭困难情况 | 低保家庭 □ 建档立卡贫困家庭（含已脱贫未脱策） □  重度残疾人困难家庭[二级（含）以上]□ 其他特殊困难家庭 □ | | | | |
| 多胞胎数量 |  | | 申请救助金额 | | 元 |
| 本人银行账号 |  | | 开户行 | |  |
| 基本情况  （多胞胎困难家庭基本情况，包括：家庭成员情况、多胞胎生育情况、困难情况等。）  申请人（签字+手印）： 年 月 日 | | | | | |
| 县级红十字会  审核意见  （公章）  经办人：  年 月 日 | | 地市级红十字会  复核意见  （公章）  经办人：  年 月 日 | | 省红十字会审批意见  （公章）  经办人：  年 月 日 | |

说明：1.复印件材料经经办人对原件进行核实后提供。2.此表一式3份，县级红十字会、地市级红十字会、省红十字会各留存一份。

须提交材料：1.申请人及配偶的身份证、结婚证、户口本复印件。2.申请人本人银行卡或存折复印件。3.生育孩子的《出生医学证明》、户口本（已落户的）复印件。4.家庭困难材料情况证明复印件。5.其他困难证明材料（如生育孩子的相关住院病例、诊断书等）复印件。以上材料附在申请表后面随申请表一起提交。