|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | | **中国社会福利基金会“益助光明”白内障公益资助项目** | | | | | | | |
| 项目类别 | | 白内障手术资助 | | | | | | | |
| 救助金额 | | 大写： **整** （￥  ） | | | | | | | |
| 申 请 人 基 本 情 况 | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 年 龄 | |  | 月收入 |  |
| 户籍所在地 | |  | | | 工作单位 | |  | 身份证号 |  |
| 低保（低收入）证件号 | |  | | | 残疾人  证 号 | |  | 军官证号 |  |
| 现家庭地址 | |  | | | | | | 联系电话 |  |
| 家庭成员情况 | 姓 名 | 与 本 人 关 系 | | | 工 作 单 位 | | | 职 业 | 月收入 |
|  |  | | |  | | |  |  |
|  |  | | |  | | |  |  |
|  |  | | |  | | |  |  |
| 家庭月收入总计（元）： | | | | | | 家庭人均月收入（元）： | | | |
| 救助申请 | 申请人： | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |