|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |