附件6：

湖北希望工程“希望护航关爱行动”资助申请汇总表

（确诊染疫亡故人员子女）

填报单位： （盖章） 联系人及电话：： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 确诊染疫亡故人员信息 | | | 子女信息 | | | | | 监护人姓名及联系电话 | 收款账号户名 | 银行卡号 | 开户行 | 开户行所属地 | 是否为建档立卡或城乡低保 |
| 所属市县 | 姓名 | 原工作单位 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学院及班级 | 身份证号 |
| 1 | 武汉市江汉区 |  |  |  |  |  |  |  |  | 例：张三 |  | 工商银行武汉市水果湖支行 | 武汉市 | 是或否 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：提交汇总表时请交excel版本，便于整理统计。建档立卡和城乡低保家庭的请排在前面并予以区分。