附件4：

湖北希望工程“希望护航关爱行动”资助申请表

（确诊染疫亡故人员子女）

|  |
| --- |
| 确诊染疫亡故人员相关信息 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 工作单位职务 |  |
| 子女相关信息（如多个子女则单人单表填报） |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 学校 |  | 年级班级 |  |
| 身份证号 |  | 联系方式 |  |
| 监护人姓名 |  ­姓名： 联系电话:­  |
| 家庭通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 受助对象指定银行账户 | 户 名 |  (申请对象本人或监护人的真实姓名) |
| 开户行名 |  银行 分行 支行 分理处 |
| 账(卡)号 |  |
| 申请理由 | （建档立卡和城乡低保家庭的还需提供相关证明材料） |
| 申请人签字确认 | 以上情况属实！   申请人签名： |
| 县级团委/院校团委审核意见 |  签章：  年 月 日  |
| 省青基会审批意见 |   签章： 年 月 日  |