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 | | | | | | | | | |