自治区**红十字会困难家庭学生资助金申请表**

**编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  | | 照  片 | |
| 家庭住址  (详细) |  | | | 年 级 |  | |
| 出生日期 | 年 月 日 | | | 民 族 |  | |
| 入学时间 | 年 月 日 | | | 资助时间 |  | |
| 就读学校 |  | | | 学校联系人及电话 |  | | | |
| 家庭主要成员  及情况 | 姓 名 | 关系 | 年龄 | 工作单位 | | 联系电话 | | 身体状况 |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| 家庭基本情况 |  | | | | | | | |
| 学生在校情况及学校红十字会或相关部门推荐意见 | 班主任签字： 负责人签字： 学校（公章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 自治区红十字会意见 | 经办人： 负责人签字：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 本人保证以上所填写内容真实有效。  申请人签名： 年 月 日 | | | | | | | | |

附：学生本人银行卡正反面复印件一张 联系电话：0951-5065992