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