受助家庭信息审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 符合以下哪种事情标准（请选择） | □受疫情影响导致夫妻双方或一方收入减少，上半年家庭人均月收入低于武汉平均工资水平（3700元左右）□农村建档立卡家庭和城镇低保家庭□家庭成员中有患重症、残疾等 |
| 家庭年收入 |  | 申请资助金额 |  |
| 家庭成员基本情况 | 姓名 | 与申请人关系 | 年龄 | 职业 | 2020年1-6月收入 | 健康状况 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 家庭生活经济来源相关情况及申请理由 |  |
| 申请人账户信息 | 开户行： （填写格式：××银行××支行）户名： （需申请人本人姓名的银行卡）账号： |
| 区妇联审核意见（签章） |  年 月 日 |
| 省妇联审核意见（签章） |  年 月 日 |
| 备注 | 1.申请人提供武汉当地身份证复印件2.银行卡复印件3.孕12周以上B超单或0-6月龄新生儿出生证明 |