附件8

全区“光明行”项目配镜救助申请汇总表

**旗县区红十字会（盖章）： 填报人: 负责人： 时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请人姓名 | 年龄 | 户籍地 | 监护人姓名 | 联系方式 | 监护人身份证号码 | 监护人开户名 | 开户银行 | 行号 | 银行账户 | 是否公示 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：需同时报送《全区“光明行”救助项目申请表》（附件1）