附件10

全区“光明行”项目配镜救助资金申请表

**盟市红十字会（盖章）： 填报人: 负责人： 填报时间： 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| 配镜总人数 | 申请项目补助总金额（配镜每副标准上限500元） |
|  |  |

备注：本表人数、配镜数应与进度表数据一致，需附受益人明细（定点医院或自治区红十字会信息平台导出数据