附件：沈丘县道路交通事故社会救助基金一次性困难救助申请书

附 件

沈丘县道路交通事故社会救助基金一次性困难救助申请书

沈道救困（中）字 第 号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 与受害人关系 |  |
| 受害人姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号 |  | 职 业 |  |
| 住 址 |  | 联系电话 |  |
| 申请救助金额 |  | 大写 |  |
| 收款人 | 银行账户名称 |  |
| 开户银行名称 |  |
| 账 号 |  |
| 申请人填写 | 特别声明：我已经阅读本表的填写说明，清楚申请沈丘县道路交通事故社会救助基金困难救助条件，符合沈丘县道路交通事故社会救助申请条件。如有提供伪造的交通事故事实或者提交虚假资料等手段骗取救助基金，我承担由此产生的法律责任。签名： 年 月 日 |
| 道路交通事故处理部门填写 | 交通事故基本事实及人员、车辆保险调查情况：年 月 日 |
| 事故处理中队负责人意见：签名： （公章） 年 月 日 |
| 交警大队负责人意见：签名： （公章） 年 月 日 |
| 救助基金管理办公室承办人意见：签名： （公章） 年 月 日 |
| 救助基金管理办公室负责人意见：签名： （公章） 年 月 日 |