附 件

焦作市道路交通事故社会救助基金一次性困难补助申请表

编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 与受害人关系 |  |
| 受害人姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号码 |  | 职 业 |  |
| 住 址 |  | 联系电话 |  |
| 申请救助金额 |  | 大写 |  |
| 申请人 | 银行账户名称 |  |
| 开户银行名称 |  |
| 账号 |  |
| 申请人填写 | 特别声明： 我保证所提交的申请材料真实、合法，如有不实之处，愿负相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。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：经办民警： 年 月 日 |
| 事故处理中队负责人意见：签名： （公章） 年 月 日 |
| 事故处理大队负责人意见： 签名： 年 月 日 |
| 交警支队负责人意见： 签名： 年 月 日 |
| 救助基金管理办公室意见： 签名： （公章） 年 月 日 |

　焦作市人民政府办公室 2023年12月4日印发