新乡医学院工会困难职工帮扶资金

申 请 表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 相 片 |
| 出生年月 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  |
| 所在单位 |  |
| 家庭住址 |  |
| 情况说明 |     申请人： |
| 疾病医疗情况 | 诊治时间 |  | 诊治单位 |  |
| 基本医疗报销金额 |  | 自付医疗费用金额 |  |
| 其他费用 |  |
| 申请人所属基层工会核审意 见 | 负责人签字： 年 月 日 （盖章） |
| 帮扶资金管理委员会审批意 见 | 帮扶金额：人民币（大写） ： 元（小写： ） |
| 负责人签字： 年 月 日 （盖章） |
| 备注 |  |