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 | | |  | | 职 务 | |  | |
| 职 称 | | |  | | 联系电话 | |  | |
| 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 | |  | | | | | | | |