**河南省教科文卫体工会**

**困难职工帮扶资金申请审批表**

**申请人姓名：**

**所在单位：**

河南省教科文卫体工会困难

职工帮扶资金管理委员会

年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 相 片 |
| 出生年月 |  | 职 务 |  |  |
| 职 称 |  | 联系电话 |  |
| 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 |  |
| 其它费用 |  |
| 申请人所属工会核审意 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 |  |