**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 |  | 联系电话 |  |  |
| 身 份 证 号 |  |
| 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 |  |