教职工爱心基金申请表

(生病自付达补助标准类)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 出生年月 |  |
| 手机号码 |  | | | | | 工号 |  |
| 二级工会 |  | | | | | 编制 |  |
| 申  请  原  因 | （需提供①住院医药费审核单②门诊报销统计表）  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 二级工会意见 | | 二级工会主席签字（二级党组织盖章）： | | | | | |
| 自付金额（元） | |  | | | 负责医药费会计签字： | | |
| 核准金额（元） | |  | | | 校医院负责人签字： | | |
| 校工会意见 | | 校工会负责人签字（盖章）： 年 月 日 | | | | | |

教职工爱心基金申请表

（困难补助类）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 手机号码 |  | | | 工号 |  |
| 二级工会 |  | | | 编制 |  |
| 爱人工作情况 |  | | | 家庭年收入 |  |
| 申  请  原  因 | （申请困补类需提供：家庭总体收入状况，爱人及父母有无医保，生病自费金额等能说明困难情况的信息。并提供相关证明材料）  申请人签字：  年 月 日 | | | | |
| 二级工会意见 | | 二级工会主席签字（二级党组织盖章）： | | | |
| 校工会意见 | | 校工会负责人签字（盖章）： 年 月 日 | | | |