**江宁区教职工大病救助 “爱心互助金”申请表**

申报单位： 填表时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 教职工本人情况 | 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生  年月 |  | | 政治面貌 | |  |
| 家庭地址 | |  | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 医保卡号 | |  | | | | | 自费金额 | |  | | |
| 家庭成员情况 | 称谓 | | 姓名 | 出生  年月 | | 工作单位或学校（所在班级） | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | | | |
| 申请  理由 | |  | | | | | | | | | | |
| 学校意见（校长签字盖公章） | | （盖章） 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 基层工会意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | 公示  情况 | |  | |
| 教育工会审核意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | 救助  数额 | |  | |
| 领导小组意见 | | （组长签字）  年 月 日 | | | | | | | | | | |