**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 |