附件2

四川轻化工大学教职工重大疾病医疗救助申请表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 所在部门 | |  | | 参加工作时间 |  | 职 称 |  |
| 本人身份证号 | |  | | | 本人农行卡号 |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | 联系电话 |  |
| 工资年收入 | |  | 岗位津贴年收入 | |  | 其它收入 |  |
| 家庭年总收入 | |  | | | | 人均生活费 |  |
| 家庭  成员  经济  情况 | 姓 名 | 关系 | 个人收入情况 | | 健康情况 | 工 作 单 位 | 住 址 |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |
| 申请救助理由（患何种重病以及个人自付费用情况等） | | 申请人签名：  年 月 日 | | | | | |
| 所在部门工会主席审查意见 | | 签名：（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 校工会意见 | | 签字：（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 校工会主席意见 | | 签字：（盖章）  年 月 日 | | | | | |