附件1

会员大病帮扶申报表

基层工会名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 政治面目 |  |
| 部门职务 |  | 身份证号 |  |
| 患病情况及申请救助原因 |  |
| 实际个人支付医药费金额 | 万元 | 本年度申领的各级工会帮扶金 | 万元 | 本次申请救助金额 | 万元 |
| **本人承诺，上述情况真实。** 会员本人或其配偶、子女签字： 年 月 日 |
| 二级院系（部室）党组织意见 | 高校（附院）科研院所工会意见 |
|  （盖 章） 年 月 日  | **经审核并公示，上述情况属实。**工会主席签字： （盖 章）年 月 日  |