光明关爱生命基金教职工重大疾病救助申请表

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 所属部门 |  | 联系电话 |  |
| 工资年收入 |  | 家庭年总收入 |  | 人均收入 |  |
| 家庭直系亲属情况 | 姓名 | 与本人关系 | 年龄 | 工作单位 | 月收入 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 患何种重大疾病住院 |  | 一年内累计住院次数 |  |
| 一年内住院总费用其中个人自理 | 就诊医院 |  | 住院天数 |  | 个人自理部分 |  |
| 就诊医院 |  | 住院天数 |  | 个人自理部分 |  |
| 就诊医院 |  | 住院天数 |  | 个人自理部分 |  |
| 就诊医院 |  | 住院天数 |  | 个人自理部分 |  |
| 就诊医院 |  | 住院天数 |  | 个人自理部分 |  |
| 就诊医院 |  | 住院天数 |  | 个人自理部分 |  |
| 就诊医院 |  | 住院天数 |  | 个人自理部分 |  |
| 就诊医院 |  | 住院天数 |  | 个人自理部分 |  |
| 申请材料真实性承诺 | 申请人签名： 年 月 日 |
| 所在单位意见 |  负责人：   年 月 日 |
| 教职工重大疾病补助工作小组审批意见 | 1、材料审核情况：2、拟给予补助金额：  万 仟 佰 拾 元 角 分(￥ ）签名：（盖章） 年 月 日  |
| 董事会意见 | 审批意见：  签名（盖章）： 日期： |
| 光明基金领导小组审批 | 审批意见：（含救助金额）  签名（盖章）： 日期： |

**备注：**1.申请人应如实填报表格中的相关内容，并附上国家二级甲等以上医院的诊断、住院发票、医保结算、出院小结等证明材料（可用复印件）；证明材料须按上述顺序装订，不同次数的住院材料应分开装订。

2.所在单位应对申请人填报的情况及提供的材料进行认真核实。

 3.本表一式二份，一份交关爱生命基金工作小组，一份留存校工会。

4.本表请双面打印。