

填表模板 (仅供参考)

莲池区第八期 “职工互助一日捐” 活动救助金审批表 (本人)

编制单位： _____ 年 月 日 (时间可不写)

姓名	xxx	性别	x	身份证号	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	户口类型	xx
电子档案编号				困难类别		工会会员卡 银行账号	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
家庭住址	XXXXXXXXXXXXX				联系电话	XXXXXXXXXX	
就业状况	xxxxxxx		单位性质	xxxxxxx		所属行业	
工作单位	XXXXXXXXXXXXX				月收入	XXXXXX	
患病直系 亲属情况	姓名	性别	关系	身份证号		所患疾病	
申请救助 原因	<input checked="" type="checkbox"/> 二十五种重大疾病				<input type="checkbox"/> 非二十五种重大疾病		
	<input checked="" type="checkbox"/> 本人				<input type="checkbox"/> 配偶	<input type="checkbox"/> 子女	<input type="checkbox"/> 直系父母
	本人在第一中心医院被确诊为 xx 癌，做了 xx 切除手术，后期需要化疗，花费较多，特申请救助。						
花费总额	大写：	xxxxx		小写：	xxx		申请人签名 Xxx (请手签)
基层 工会 审核 意见	经办人签字			工会主席签字 xxx (请手签) 年 月 日 (时间可不写) (盖章) 盖工会章			
县级 工会 审核 意见	审批金额	大写：		小写：			
	业务负责人签字			主管主席签字 年 月 日 (盖章)			

填表模板 (仅供参考)

莲池区第七期“职工互助一日捐”活动救助金审批表 (父母及子女配偶)

编制单位：

年 月 日 (时间可不写)

姓名	xxx	性别	x	身份证号	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	户口类型	xx
电子档案编号				困难类别	工会会员卡 银行账号	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
家庭住址	XXXXXXXXXXXXX				联系电话	XXXXXXXXXX	
就业状况	XXXXXX		单位性质	XXXXXX		所属行业	
工作单位	XXXXXXXXXX				月收入	XXXXXX	
患病直系亲属情况	姓名	性别	关系	身份证号		所患疾病	
	xxx	x	xx	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		xxx 癌	
申请救助原因	<input checked="" type="checkbox"/> 二十五种重大疾病				<input type="checkbox"/> 非二十五种重大疾病		
	<input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 配偶		<input type="checkbox"/> 子女		<input checked="" type="checkbox"/> 直系父母
	<p style="text-align: center;">母亲在第一中心医院被确诊为 xx 癌，做了 xxx 切除手术，后期需要化疗，花费较多，特申请救助。</p>						
花费总额	大写：	XXXX		小写：	xxx		申请人签名 Xxx (请手签)
基层工会审核意见	经办人签字			工会主席签字 Xxx (请手签)			
	年 月 日 (时间可不写)						
	(盖章) 盖工会章						
县级工会审核意见	审批金额	大写：			小写：		
	业务负责人签字			主管主席签字			
	年 月 日						
	(盖章)						