**南京理工大学教职工爱心互助基金补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | | **性别** |  | | **年龄** |  | | **单位** |  | |
| **工资号** |  | | **加入爱心互助会时间** |  | | | | **申请爱心互助金次数** | |  | **联系电话** |  |
| **申请 原因** |  | | | | | | | | | | | |
| **单位**  **审核**  **意见** | **经办人（签名）： 单位负责人（签名）：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **个人自付医疗费审核情况(由医院财务人员填写)** | **金额** |  | | | | **费用起止时间** | | |  | | | |
| **审核人(签名): 医院财务(盖章)**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **校医院审核意见** | **审核人（签名）： 医院（盖章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **爱心互助基金管理办公室审核意见** | **办公室负责人（签名）：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **爱心互助基金管理委员会审定意见** | **爱心互助基金管理委员主任（签名）：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | |

**说明：申请人完成“校医院审核意见”及以上栏目后，请将此表、 “出院小结”或“诊断病历”（申请时间内的）复印件一份、身份证复印件一份交至爱心互助基金管理委员办公室(工会)。办公电话：84315243、84315245。**