附件3

北京体育大学教职工爱心互助金补助申请表

编 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会员姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | | 申请年度 |  |
| 所在部门 |  | | | | 工 号 | |  | | | |
| 申请人姓名 |  | | | | 申请人与会员本人关系 | | | |  | |
| 疾病名称 |  | | | | 诊断医院（附诊断书） | | | |  | |
| 联系电话 |  | | | | **年度自费、自付医疗费支出金额（由互管会办公室、校医院核准）** | | | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | |
| 年内已享受的各类补助、慰问情况 | |  | | | | | | | | |
| 申请理由 | | 申请人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| **会员所在单位**  **审核意见** | | 负责人（签名）：  年 月 日  （公章） | | | | **互管会办公室**  **审核意见** | | 负责人  （签名）:  年 月 日 | | |
| **学校教职工爱心互助金管理委员会审核意见** | | 主任（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | |

注：1.请如实填写表中相关内容，否则将影响申请的受理；2.申请人须提供以下材料：身份证复印件，诊断证明，病理报告，血液检验及其他科学诊断报告书，住院病历首页，入院记录，出院小结，手术记录，自负、自费医疗费复印件等。