**附件3:**

**石家庄市职工互助活动救助金审批表**

（第九期）

申请日期：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 手机号码 |  |
| 工作单位 |  | 所属工会（县区、产业、直属） |  |
| 申请人实名银行账户名 |  | 捐款凭证编号 |  |
| 开户行（支行） |  | 账号 |  |
| 受助人姓名 | 与捐款人关系 | 年龄 | 身份证号 |
|  | 本人/配偶/子女 |  |  |
| 医疗救助需填写以下内容 |
| 住院日期 | 住院地点 | 出院日期 | 医保卡号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 基层工会审核意见 | 审核人签字：工会法人（主席）签字 年 月 日 （盖章） |

备注：1、请审核单位工会保存申请人纸质档案，以备查询；

2、所属工会请填写单位所在的产业、县区、直属工会。

附件 4

石家庄市职工互助活动基层工会参加情况汇总表

填报单位（盖章）： 工会主席签字： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  序号 | 单位名称 | 单位性质 | 职工总数 | 参加活动人数（人） | 缴费总额（元） | 备注 |
| 职工人 数 | 困难职工人数 | 总计 | 缴费职工数 | 缴费困难 职工数 | 总计 | 缴费职工金额 | 缴费困难 职工金额 | 总计 |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *8* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *9* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件 5

石家庄市第九期职工互助活动基层工会职工缴纳互助金登记表

填报单位（盖章）： 工会主席签字： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  序号 | 所属工会 | 工作单位 | 姓名 | 捐款凭证号 | 身份证号码 | 手机号 | 石惠卡号（银行卡） | 捐款金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |