附件5

**灵寿县（第七期）职工互助活动救助金审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 手机号码 |  |
| 捐款凭证编号 |  | 特困证号 |  | 身份证号 |  |
|  工作单位 |  | 所属工会 |  |
| 申请人实名银行帐户名 |  | 账号 |  |
| 开户行（支行） |  | 开户行行号 |  |
| 受助人姓名 | 与捐款人关系（本人/配偶/子女） | 年龄 | 身份证号 | 何年享受过职工互助救助 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请救助原因 | 职工本人（或职工配偶、子女） 因确诊 病，在 医院住院治疗，共计花费 元，自付额 元。申请人（捐款人）： 年 月 日 |
| 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：联系电话： 工会主席签字 年 月 日 （盖章） |
| 上级工会审核意见 | 审核人签字： 工会主席签字年 月 日（盖章） |
| 县级工会审核意见 | 审核人签字：联系电话：工会主席签字年 月 日（盖章） |
| 领取救助金额 | 大写： 小写： |
| 市总工会审核意见 | 业务部门签字 主管领导签字  年 月 日（盖章） |
| 领取救助金额 | 大写 ： 小写： |

填表说明：本表一式两份（此表正反面印）

**复印件粘贴表**

|  |  |
| --- | --- |
| 身份证复印件正面（贴） | 身份证复印件反面（贴） |
| 受助人身份证复印件正面（贴） | 受助人身份证复印件反面（贴） |
| 申请人银行卡复印件正面（贴） |  |

备注：请将身份证复印件及银行卡复印件剪贴到所需位置。