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。