石家庄市职工互助活动医疗救助审批表

（第十三期）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | 手机号码 |  | | |
| 工作单位 |  | | | 所属工会  （县区、产业、直属） | |  |
| 开户行（支行） |  | | | 捐款凭证编号 | |  |
| 申请人银行账号 |  | | | | | |
| 受助人姓名 | 与捐款人关系 | | | 受助人身份证号 | | |
|  | 本人/配偶/子女 | | |  | | |
| 住院日期 | | 住院地点 | | | 出院日期 | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| 基层  工会  审核  意见 | 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工会、县（市、区）工会或直属基层工会。