中山大学教职工重大疾病医疗补助申请表

 年    月    日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 工资号 |  |
| 所在单位（部门） |  | 参加工作时间 |  | 职称职务 |  |
| 工资收入 |  | 其它收入 |  | 家庭总收入 |  | 人均生活费 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 家庭成员经济情况 | 姓 名 | 关系 | 个人收入情况 | 健康情况 | 工 作 单 位 | 住 址 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申请补助理由（患何种重病以及家庭经济状况、个人自付费用情况等） |  申请人签名： 年 月 日 |
| 所在单位（部门）工会主席审核意见 | 签名： （盖章） 年 月 日  |
| 学校人事处审核意见 | （盖章） 年 月 日 |
| 学校公医办审核意见 |  （盖章）年 月 日 |
| 校医疗补助金工作小组审核意见 |  （盖章）　　　　　　　　　　　 年 月 日 |

**注：**“工资收入、其它收入、家庭总收入、人均生活费、家庭成员收入情况”按月均计算。