附件1

困难救助申请表

单位: 20 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | |  | 年龄 | |  | | 是否  低保 | |  |
| 身份证号 | |  | | | | | | | 必须是18位 | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | 电话 | |  | | | | |
| 月工资（元） | |  | 总人口 | | |  | 人 均 收 入 (元） | | | | |  | |
| 主要家  庭成员 | 姓 名 | 身份证号 | | | 性别 | 年龄 | 关 系 | 月收入  （元） | | 工作单位 (学校) | | | |
|  |  | | |  |  |  |  | |  | | | |
|  |  | | |  |  |  |  | |  | | | |
|  |  | | |  |  |  |  | |  | | | |
|  |  | | |  |  |  |  | |  | | | |
| 致困原因及单位工会为其解决了哪些 困 难 | | （公 章)  经办人: 电话: 20 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 县（市、区）  工会或援助中心意见 | | (公 章)  经办人: 20 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 附 件 | | 个人身份证复印件，大病要有书面申请，近3个月内县以上医院诊断证明、住院病历、报销费用凭证、自负医药费票据。 | | | | | | | | | | | |