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。 |