**西安文理学院教职工困难补助申请**

部门：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 入会时间 |  |
| 工作部门 |  | 职务（职称） |  | 联系电话 |  |
| 申请原因 | 大病重病医疗补助 |  | 突发意外事故困难补助 |  | 家庭特殊困难补助 |  |
| 家庭成员情况 | 与本人关系 | 姓 名 | 年龄 | 工作（学习）单位 | 个人收入 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请理由 | （可另附表）  申请人（签名）：  年 月 日 |
| 申请人所在基层分会初审意见 |  负责人（签名）： 年 月 日（公章） |
| 福利委员会意见 |  负责人（签名）： 年 月 日 |
| 备注 |  |