**2023年患重大疾病补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身患何种疾病 |  | | | | |
| 申  请  原  因 |  | | | | |
| 所  在  单  位  审  核  意  见 | 分工会主席签字：  盖 章：  年 月 日 | | | | |
| 校  工  会  审  批 | 工会主席签字：  盖 章：  年 月 日 | | | | |