附件2

**山西大同大学教职工大病医疗资助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年****龄** |  | **单****位** |  | **电 话** |
|  |
| **职务** |  | **工****资** |  | **申请金额** |  |
| **工资卡号** |  |
| **家****庭****成****员****职****业****和****经****济****状****况** | **称谓** | **姓 名** | **年龄** | **现在何地** | **单位** | **职业** | **收入** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **住院费用** |  | **家庭全年总收入：** |
| **申****请****理****由** | **申请人： （签章） 年 月 日** |
| **分会意见（盖章签名）** |
| **校工会意见（盖章签名）** |

**备注：申请人须提供住院病案首页复印件、诊断证明复印件、机打费用票据复印件、费用清单印件、身份证复印件**

**附件3**

**山西大同大学教职工生活困难救助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年****龄** |  | **单****位** |  | **电 话** |
|  |
| **职务** |  | **工****资** |  | **申请金额** |  |
| **工资卡号** |  |
| **家****庭****成****员****职****业****和****经****济****状****况** | **称谓** | **姓 名** | **年龄** | **现在何地** | **单位** | **职业** | **收入** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **家庭全年总收入：** |
| **申****请****理****由** | **申请人： （签章） 年 月 日** |
|  **分会意见（盖章签名）** |
| **校工会意见（盖章签名）** |