**浙江大学爱心基金离退休人员专项基金补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工号 |  | 姓名 |  | 性别 |  | 现归属单位 |  |
| 年龄 |  岁 | 离退休时间 |  | 家庭经济状况是否特别困难 |  |
| 家庭地址及联系电话 |  |
| 每年捐爱心款 |  元 | 身患何种重大疾病或遭受重大意外伤害 |  |
| 申请补助理由 |  申请人签名：年 月 日 |
| 在基本医疗定点机构纳入正常治疗的住院或特殊病种门诊医疗发生的医疗费个人承担金额 |  | 校医保办核定金额 |  |
|  年度补助情况（补助时间、金额） | 1. 校区困难补助：4、医保医疗救助性补助：5、二级单位帮扶补助：6、其他补助： |
| 二级单位意见 | （公章） 年 月 日 |
| 中心意见 |   （公章） 年 月 日 |
| 学校爱心基金离退休人员专项基金管理小组意见 | 经 年 月 日会议讨论决定，给予该同志补助。 补助金额： 元。  离退休工作处（代章）年 月 日 |