**浙江大学爱心基金离退休人员专项基金补助申请表（2023年度）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工号 |  | | | 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | |
| 年龄 | 岁 | | 离退休  时间 | 年 月 | | 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 | | | | | | 元 | 校医保办  核定金额 | | | | 元 |
| 年度补助情况（补助时间、金额） | | 1.困难补助： 元  2.救助性医疗补助： 元  3.二级单位帮扶补助： 元  4.其他补助： 元 | | | | | | | | | |
| 二级单位意见 | | 统一通知二级单位备案  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 | | | | | | | | | |