附件3

**市级劳模病困帮扶补助金申请表**

**联系人： 联系电话： 交表日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 劳模姓名 | | |  | | 性别 | | | |  | | 身份证号 | | | |  | | |
| 社保卡卡号 | | |  | | | | | | | 社保保险号 | | | |  | | | |
| 申请人在农业银行的帐号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭地址 | | |  | | | | | | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 何年月获何劳模（省级以上五一劳动奖章）称号。仅填写最高荣誉 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 单位、职务  (退休、待业人员填写原单位、职务，农业人口填写户籍所在街道与村居) | | | | | | |  | | | | | | | | | 月工资 | 元/月 |
| 月退休金 | 元/月 |
| 共同生活的家庭成员 | 称谓 | | 姓名 | | | 年龄 | | | 工作单位、就读学校 | | | | | | | | 最近12个月的月平均收入(元/月) |
|  | |  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | | |  | | | | | | | |  |
| 主要困难  和原因，  接受社会  救助情况 | | | 劳模（或代理人）签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医保  机构  审核  意见 | | **申请人及配偶、父母、子女等直系亲属本年度已发生的符合基本医疗保险规定的医疗费用情况** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **亲属关系** | | **姓 名** | | | | 社保保险号 | | | | | **其中由个人自付的医疗费用（单位：元）**  （未参保人员比照参保人员进行计算） | | | | |
| 本人 | |  | | | |  | | | | |  | | | | |
| 配偶 | |  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | | | | |
| **合 计** | | | | | | 万 仟 佰 拾 元（小写：￥ 元） | | | | | | | | | |
| （公章）年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社区（村）或单位工会审核意见：  公示时间： 年 月 日至 月 日，公示期间 异议。  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | 区（产业）工会审核意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 市评模委员会办公室意见：  经研究，同意给予帮扶补助￥ 元，其中特殊困难补助金￥ 元、生活困难补助金￥ 元。补助金可通过以下任一方式发放（勾选）：  □由市总工会适时汇入申请人农行帐户（凭证另附）。  □申请人（代理人）签字领取现金。  （盖章）  年 月 日  单位领导签字： 部门领导签字： | | | | | | | | | | | | 发放补助现金情况：  （大写） 万 仟 佰 拾 元整。  （小写）￥ 元。  经领人签字：  身份证号码：  （附身份证复印件） | | | | | |

**说明：**1、依据闽政〈1989〉51号文、闽政办[2001]237号文、闽政办[2011]100号文的相关精神，“医保机构审核意见”栏可以由申请人户籍地街道(乡镇)社会保障站，或区医保机构、市医保部门审核签署。2、本表**正反面打印，一式1份**作财务凭证。

**制表：厦门市总工会 厦门市评模委办公室**