青岛市总工会困难劳模日常救助申请表

**经办人：**  **联系电话：** **日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | **姓 名** |  | **性 别** |  | **电话** |   |
| **身份证****号 码** |   | **获得荣誉时间** |  | **荣誉等级** |  |
| **住院起始时 间** |  | **住院终止时间** |  | **个人负担金额（元）** |  |
| **本年度内第 次申请** | **本人农业银行卡号或****社保卡金融账户卡号** |  |
| **开户银行** |  | **支行名称** |  |
| **困难原因** |  |
| **基层单位工会意见：****签字：****盖章****年 月 日** | **市直工会意见：****签字：****盖章****年 月 日** |