**浙江大学 年教职工困难补助登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **职工号** |  | | **姓 名** |  | | **性别** | |  | **出生年月** |  |
| **工 作 单 位** | | |  | | | | | **现职务职称** |  | |
| **联 系 电 话** | | |  | | | | | | | |
| **收款人姓名** | | |  | | **银行卡号** | |  | | | |
| **开户行地址** | | |  | | | | | | | |
| **申请补助类型** | | | **1. 一类（ ） 2.** **二类（ ） 3. 三类（ ）** | | | | | | | |
| **申请补**  **助理由** | | **（如因病，请注明疾病种类、病程时间、治疗过程及医疗费用支出情况)**  **申请补助金额 元。**  **申请人签名：**  **申请时间： 年 月 日** | | | | | | | | |
| **院级工会**  **补助情况及意见** | | **本单位已补助 元。**  **签字盖章：**  **年 月 日** | | | | | | | | |
| **校工会、人事处、校医院联席会议意见** | | **建议补助金额 元。**  **签字盖章：**  **年 月 日** | | | | | | | | |
| **校福利**  **委员会**  **审 批**  **意 见** | | **同意补助 元。**  **签字盖章：**  **年 月 日** | | | | | | | | |