附件2

**职工家庭成员医疗救助申请表**

　　年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 单位名称 |  | 联系电话 |  |
| 社会救助 | 元 |
| 家庭成员 就业及收入 情况 |  | 工作单位 | 职务（工种） | 月收入 |
| 本人 |  |  |  |
| 配偶 |  |  |  |
| 子女 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭月总收入 |  | 家庭月人均收入 |  |
| 　　救助事由：　　申请人签字：　　年 月 日 |
| 　　基层工会意见： 　　公章（盖章）　　签字： 年 月 日 |
| 　　所在县（市、区）总工会、　　集团（产业）工会意见 　　公章（盖章）　　签字： 年 月 日  |
| 　　市总工会意见：　　公章（盖章）　　签字： 年 月 日  |

　　晋城市总工会制表

　　填表说明：

　　1.**救助事由**：要求标明对具体人员的救助事由，如配偶王\*\*或（子女张\*\*）患大病救助申请

**2.基层工会意见**：要填写入户调查的时间及调查结果情况，证明家庭困难情况，要对申请是否属实提出意见。

**3.所在县（市、区）、集团（产业）工会意见**。要在核审基层工会及申请人情况基础上，提出申请救助意见。

　　4.家庭月人均收入=[（当年家庭总收入-当年住院自付费用）/12]/家庭人口。