**南京信息工程大学爱心医疗互助基金申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人****姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | **单位** |  |
| **工资****卡号** |  | **联系人****电话** |  | **交表****时间** |  |
| **病因** |  | **在职/****离退休** |  | **本次申请补助情况** | **消费票据总额** |  |
| **报销审核金额** |  |
| **曾经获****基金补****助情况** | **时间** | **金额** | **自费总额** |  |
|  |  |
|  |  | **补助可控金额** |  |
|  |  |
|  |  | **可补助金额** |  |
|  |  |
| **提供的****材料及****份数****（ ）份** | **1.****2.****3.** |
| **材料****情况****说明** |  |
| **收件人** **签字** |  |  **申请人****(或亲属)签字** |  |
| **综合门诊部审核意见** |  **门诊盖章** **所长签字:** |
| **审核小组意见** | **审核小组成员签字:** |