**北京市温暖基金会**

**首都教职工爱心基金专项基金**

**申请审批表**

**申 请 人 姓 名：**

**所 在 单 位：**

**北京市温暖基金会首都教职工爱心基金专项基金项目执行组**

 **年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 相片 |
| **出生年月** |  | **参加工****作时间** |  |
| **职务** |  | **职称** |  |
| **疾病名称** |  |
| **诊治时间** |  | **诊治单位** |  |
| **一年内累计发生医疗费用总额** |
| **基本医疗****报销金额** |  |
| **自付医疗费10万元（含）以上** | **医药费** |  |
| **诊疗费** |  |
| **其他****费用** |  |
| **申请人** |  | **联系电话** |  |
| **申请人所属工会****核审意见** | **负责人签字：** **年 月 日 （盖章）** |
| **北京市温暖基金会首都教职工爱心专项基金项目执行组审批意见** | **资助金额（人民币： ￥ ）****负责人签字：** **年 月 日 （盖章）** |
| **接收单位****工会全称：****账号：****开户行** |