中央和国家机关干部职工

残疾重病子女补助申请表

部门名称： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 干部职工  姓 名 |  | 干部职工所在  单位及职务 | |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | 联系电话 |  |
| 子女姓名 |  | 子女性别 |  | | 子女出生年月 |  |
| 残疾重病  类 别 |  | | | | | |
| 申请理由 | 申请人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 所在基层单位工会意见 | （公章）  工会主席签字： 年 月 日 | | | | | |
| 部门工会  组织、妇女  组织意见 | （工会组织公章） （妇女组织公章）  年 月 日 | | | | | |

（注：本表供收集二级单位职工信息使用，最终以系统申报为准。）