**重大疾病困难补助审批表**

**工会（离退休人员服务处） 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **病 种** | **补助金额****（元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

部门负责人：

审批领导：

 制表：