附件2

省直机关、事业单位特殊困难退休干部专项救助申请表

主管部门名称： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 出生时间 |  |
| 职级待遇 |  | 年收入 | |  | 年承担  医药费支出 |  |
| 退休时工作  单位及职务 |  | | | | 退休时间 |  |
| 家庭地址 |  | | | | 联系电话 |  |
| 配偶情况 | 姓 名 | 出生时间 | 原工作单位 | | | 年收入 |
|  |  |  | | |  |
| 申请救助  理 由 |  | | | | | |
| 本  人  签  字 | 本人确保以上填写内容真实、准确。    本人签字： 年 月 日 | | | | | |
| 所在  单位  意见 | 本单位已对申请人情况及相关材料进行了审核，确认符合申报条件，同意申领专项救助金。  负责人： 单位盖章： 年 月 日 | | | | | |
| 主管  部门  意见 | 负责人： 单位盖章： 年 月 日 | | | | | |
| 省委  老干  部局  意见 | 同意确定为本年度特殊困难救助对象，发放 元专项救助金。  经办人： 单位盖章： 年 月 日 | | | | | |