附表1

长沙市慈善总会“致敬最美劳动者”医疗康复援助项目申请表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | | 身份证号码 | | |  |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | |
| 岗位名称 | |  | | | | 用工形式 | | | □合同工 □临时工 □公务员 | | |
| 入职时间 | |  | | | | 联系方式 | | |  | | |
| 户口所在地 | |  | | | | | | | | | |
| 患病情况 | |  | | | | | | | | | |
| 长沙市  中医康复医院  初审意见 | | 情况属实。患者该次是本年度第 次补助，补助金额 元，至本次共补助 元。  经办人（公章）：  年 月 日 | | | | | 长沙市  慈善总会  项目负责人  审核意见 | | | 已审核，资料齐全，拟按项目实施办法援助 元。  经办人：  年 月 日 | |
| 长沙市  慈善总会  项目办主任  复核意见 | | 已复核，符合救助条件，拟按项目实施办法援助 元。  经办人：  年 月 日 | | | | | | | | | |

备注：本表格需附单位出具的工作证明（用人单位盖章）或工作记录（如：平台服务记录截图）；医院诊断证明；本人身份证（户口本）复印件。如有疑问请致电长沙市慈善总会项目办（0731-88665461）咨询。