附件1：

**中央和国家机关干部职工**

**残疾重病子女补助申请表**

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 干部职工姓 名 |  | 单位及职 务 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 子女姓名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾重病类 别 |  |
| 是 否 有残疾人证 |  | 是 否 有医院诊断证明 |  |
| 申请理由 | 申请人签字： 年 月 日 |
| 所在基层单位工会意见 | 工会主席签字： （公章） 年 月 日 |
| 部委工会组织、妇女组织意见 |  （工会组织公章） （妇女组织公章）  年 月 日  |