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 | （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 | | | | | | |