光明初中住院手术护理费补助申请表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 年 龄 | |  | 性 别 | |  |
| 主要病因 | |  | | | | | | |
| 住院日期  （ 月 日至 月 日） | |  | | 住院天数 | | |  | |
| 工会医疗补助负责人  审核金额 | |  | | | | | | |
| 工会医疗补助负责人  审核签名 | |  | | | | | | |
| 工会委员会审核意见:  工会主席签名： | | | | | | | | |

工会（公章）： 申请日期：