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：