**中北大学职工残疾子女补助申请表**

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在党组织 | |  | 所在单位 | | |  | | 工号 | |  |
| 姓 名 | |  | 性 别 | | |  | 年 龄 | |  | |
| 身份证号 |  | | | 薪酬卡号 | |  | | | | |
| 职务（职称） | |  | 健康状况 | | |  | 婚姻状况 | |  | |
| 配偶所在单位 | |  | 家庭人口 | | |  | 人均月收入 | |  | |
| 子女姓名 | |  | 身份证号 | | |  | | | | |
| 子女性别和年龄 | |  | 残疾等级和类别 | | | |  | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | 联系电话 | |  | |
| 申请理由  （附：残疾证复印件；户口本复印件） | | 申请人签字　　　　　　　年 　月　 日 | | | | | | | | |
| 所在单位工会  意 见 | | 工会主席 （公章）  签字 年 月 日 | | | 党组织领导 （公章）  签字 年 月 日 | | | | | |
| 福利委员会  意见 | | 工会主席  签字 （公章）  年　 月 　日 | | | 主管校领导  签字 （公章）  年　 月 　日 | | | | | |

注：此表由各基层工会集中审核，于每年5月10日前报校工会办公室。相关证明材料各基层工会可复印留存并建立职工档案，原件交校工会。此表可复制。