**离退休职工困难补助申请表**

党支部管理区： 填表时间：2024年11月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | 出生年月 | |  |
| 退休前职务 | |  | | 工作时间 | |  | 退休时间 | |  |
| 家庭人数（不含子女） | |  | 家庭拥有固定收入人数 | | |  | 家庭月收入（总） | |  |
| 当年医疗费总额 | |  | | | | 个人自负金额 | |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 申  请  补  助  原  因 |  | | | | | | | | |
| 评议  意见 | 党支部管理区意见：  年 月 日 | | | | 评议小组意见：  年 月 日 | | | | |