**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 |