**天津工业大学退休教职工困难补助申请表**

 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 退休部门 |  | 个人月收入 |  |
| 联系电话 |  | 现住址 |  |
| 家庭成员 | 配偶 |  | 月收入 |  元 |
| 子女 |  | 月收入 |  元 |
|  |  | 月收入 |  元 |
| 是否因重大疾病等原因生活完全不能自理 |  |
| 全年门诊超上限自费或住院自费总计（万元） |  |
| 申请理由 |  |
| 申请级别 |  |
| 党支部意见 | 签字： 日期：  |
| 离退办意见 | 签字： 日期： 盖章： |

注：请将申请困难补助的相关材料证明粘贴在附页上。

|  |
| --- |
| 证明材料粘贴处1. 门诊超医保上线部分票据复印件
2. 住院表2复印件
3. 其他证明材料复印件
 |