苏州市工会会员专项困难救助申领表

申请人单位（工会盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工会会员姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 申请救助（勾选） | □会员大病救助 □意外伤害救助 □家财损失救助 |
| 苏州市社会保障·市民卡卡号（或本人其他银行卡卡号） |  |
| 困难描述（可另附页） |  |
| 基层工会审核意见 | 年 月 日 |
| 区、局（公司）、直属单位工会和行业工会审核意见 | 年 月 日 |
| 苏州市总工会审批意见 | 年 月 日 |
| 领款人（签名）：联系电话： 年 月 日 |

注：此表一式三份：市总工会二份，区、局（公司）、直属单位工会存档一份。

 申领所需材料：1.《苏州市工会会员专项困难救助申领表》；2.本市二级医院以上医疗机构出具的病历、病理报告、出院记录等复印件；3.申领人身份证复印件（正反面）；4.申领人苏州市社会保障•市民卡复印件或本人银行卡复印件；