新发恶性肿瘤大病补助申请表（表一）

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 |  | | | | | | |
| 姓 名 |  | 年龄 | |  | 性别 | |  |
| 主要病因 |  | | | | | | |
| 患病日期 |  | | | | | | |
| 是否放化疗 | 否 | | | | | | |
| 单位工会  审核金额 |  | | 单位工会  主席签名 | | |  | |
| 审核人签名 |  | | 单位行政  领导签名 | | |  | |
| 学校工会审核意见：根据市总综合保障认定为特种重病  （有复印件附件） | | | | | | | |

申请日期：