附件

**省直机关2017年度劳模困难补助申报表**

基层工会（盖章）： 工会主席（签章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 劳模称号名称 |  | 获得称号时间 |  |
| 本人月收入 |  | 家庭人口 |  | 家庭人均月收入 |  |
| 困难情况及原因 |  |
| 备注 | 本年度个人支付医药费 元。 |

填表人： 联系电话：