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：