**南京航空航天大学教育发展基金会**

**学生医疗救助基金申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 性别 | | |  | 出生年月 | |  | | 学号 | |  | |
| 学院 |  | | | | | 专业 | |  | | | | | |
| 手机号码 |  | | | | | 身份证号 | |  | | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 疾病名称 |  | | | 院系补助金额（元） | | |  | | 社会救助和接受捐赠金额（元） | | | |  |
| 公费医疗（元） |  | | | 保险  支付（元） | | |  | | 自负金额（元） | | | |  |
| 家  庭  成  员  情  况 | 姓名 | | | 与本人关系 | | | 工作单位及职务 | | | | 月收入（元） | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
| 申请救助金额 | 元 | | | | | | | | | | | | |
| 救助金  转账信息 | 持卡人姓名 | |  | | | | 卡号 | |  | | | | |
| 申请理由 | 请简要描述造成疾病或伤害情况、家庭状况、申请原因等。  申请人（监护人）签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 学院意见 | 签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 学生管理部门意见 | 签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 基金会  秘书处  意见 | 经会议讨论研究决定：  给予申请人救助金： 元（大写 ）。  签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

注：请正反两面打印本申请表。