**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。