附件1

青岛农业大学“爱心一日捐”

捐赠资金资助申请表（教职工）

编号： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | 职务 |  | 职称 |  |
| 银行卡号 |  | 身份证号码 |  |
| 申请理由 | 申请人签字： 年 月 日  |
| 所在单位审核意见 |  单位盖章、领导签字： 年 月 日  |
| 学校 财务、保卫或医保部门审核意见 | 经青岛市社会保险支付待遇和校内补充医疗保险补贴后，一个年度内个人负担医疗费（大写） 元。 单位盖章、领导签字：  年 月 日 |
| 学校审核意见 |  盖章、负责人签字： 年 月 日  |

注：此表一式2份，1份交校工会，1份交校医保办（财务处或保卫处）。