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）。