附件：学生重大疾病（事故）救助基金使用申请表

附件

**学生重大疾病（事故）救助基金使用申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 |  | 专业班级 | |  |
| 学号 | |  | | | | | 联系方式 | |  |
| 身份证号 | |  | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | |
| 申请原因 | | 重大疾病🞎 | | | | | 重大事故🞎 | | |
| 是否参保学生平安保险 | | | | | | | 是🞎 | | 否🞎 |
| 医疗总费用（元） | | | | | | | | | |
| 其中 | 医保报销（元） | | | 学平险赔付（元） | | | 其他赔付（元） | | 个人实际自费（元） |
|  | | |  | | |  | |  |
| 其他个人承担费用（元） | | | |  | | | | | |
| 申请  救助  理由  （可另附页） | | 本人/监护人签字： | | | | | | | |
| 二级学院学工办  （学平险及平时表现）  （签名盖章） | | | 后勤处  （校医意见）  （签名盖章） | | | | | 学生资助中心  （家庭困难情况）  （签名盖章） | |
| 学生工作部  意 见 | | | 经研究决定，同意给予\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同学\_\_\_\_\_\_\_\_\_元救助。  （签名盖章） | | | | | | |
| 基金管理委员会意见 | | 经研究决定，同意给予\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同学\_\_\_\_\_\_\_\_\_元救助。  （签名盖章） | | | | | | | |

填表注意事项：1.申请救助理由一栏应如实简要填写家庭情况、疾病情况、费用情况（可附页），并附相关证明材料。

2.申请人应提供真实有效的医疗费用等相关票据。

3.对提供信息不实者将取消救助资格并追究相应责任。