**学生重大疾病或意外伤害补助申请表(含基本慰问金)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个 人 基 本 情 况 | 姓 名 |  | 性别 |  | 院系专业年级 |  |
| 学生类别 | □本 □硕 □博 | 民族 |  | 联系电话 |  |
| 学 号 |  | 身份证号 |  | 是否已申请国家助学贷款 | □是 □否 |
| 是否经过家庭经济困难认定 | □是（□特困生 □普困生） □否 |
| 家庭收入来源 |  | 家庭年收入 |  万元 | 家庭人口数 |  |
| 家庭其他情况说明 |  |
| 病情概况 | 病情诊断名称 |  |
| 治疗医院 |  |
| 补助申请 | 注意事项：①请在补助项目下打钩，可同时申请基本慰问金和医疗补助金②单独申请基本慰问金，无需经校医院签字盖章③一种疾病情况，仅能申请一次补助 |
| 1. 基本慰问金（ ）
 |  申请金额\_\_\_\_\_\_\_\_元 （最高申请金额不超过3000元） |
| 1. 医疗补助金（ ）
 | 医疗费用支出情况 | 花费总额 元 | 预计剩余治疗费用 |
| 报销金额 | 自费金额 |  元  |
|  元 |  元 |
| 申请理由（需详细，可另附页）：本人保证以上所填内容真实有效。  申请人签名： 年 月 日 |
| 班主任审核意见 | 班主任（签字）： 年 月 日 |
| 院系审核意见 | 负责人（签字）：（单位盖章） 年 月 日 |
| 校医院审核意见 | 负责人（签字）：（单位盖章） 年 月 日 |
| 学校审批意见 | 同意对该生资助金额为 元。负责人（签字）： （单位盖章） 年 月 日 |