中 国 社 会 科 学 院

离退休人员生活困难补助审批表

单位： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 原职务/职称 |  |
| 离退类别 | □离休 □退休  | 健康状况 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 家庭情况 | 配偶情况 | 姓名 |  | 出生年月 |  |
| 单位 |  | 年 收 入 |  |
| 子女人数 |  | 需抚养丧失劳动能力子女人数 |  |
| 主要困难情况（请按补助条件填写，并简要描述） |  |
| 所在单位意 见 | 单位领导（签字）： 单 位（盖章）年 月 日 |
| 补助金额 | （大写）： ¥： |
| 备注 |  |