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 |  | | | | | | | | |