因瘫痪等原因生活长期完全不能自理的离休干部护理补助费申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 单位 |  | 工资号 |  |
| 患何种疾病 |  | | | | | | 瘫痪时间 |  | |
| 申请  理由 |  | | | | | | | | |
| 单位  调查  及审  批意  见 | 签字： 单位公章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 离退休工作部审批意见 | 签字： 单位公章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 学校  审批  意见 | 同意发放护理补助费，从 年 月起享受 | | | | | | | | |