**四川农业大学教职工特殊困难补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 收入（元/月） | |  | | 支出（元/月） |  |
| 致困原因（提供详细依据） | 申请人签名: | | | | | |
| 中层单位审核意见：  签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |
| 工作小组意见：  签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |

联系人： 联系电话：