附件：

2025年“七一”生活困难党员补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 出生日期 | | |  | | |
| 入党时间 | |  | | | | 身份证号 | | |  | | |
| 自费金额 | |  | | | | 本人月收入（元） | | |  | | |
| 基层党组织  名称 | |  | | 基层党组织  联系人 | | |  | 基层党组织联系方式 | |  | |
| 个人困难情况 | | 困难情况描述分四段：  第一段简述个人困难情况。  第二段简单描写致困情况。  第三段简要说明申报人家庭收入情况。  第四段填写申报人因患病或其他情况一年内自费医药情况，或其他损失情况。 | | | | | | | | |
| 意 见  基层党组织 | | 党组织书记签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 审核意见  行业党委 | | 党委(盖章)：  年 月 日 | | | | | | | | |

注：1.出生日期和入党时间格式：19600701；

2.自费金额：单位为元，保留2位小数点；

3.填写真实收入（税后）。