

附件2

### 2015年省部级劳模特殊困难补助金申报表

申报单位：

年 月 日

单位：元

序号	所属 县市	姓名	性别	年龄	工作单位	职务	就业 情况	荣获称 号时间	有何重 病	医药费		其他特殊困难原因	补助 金额
										总支出	自费支出		

本地/单位省部级劳模人数：

本次补助人数：

本次补助金额：

经办人：

联系电话：

分管主席签名：