**北京师范大学疫情医疗补助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个 人 基 本 情 况家庭情况 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 学 号 |  |
| 学生类别 | □本 □硕 □博 | 专业年级 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 家庭住址 |  |
| 确诊对象 | □本人 □直系亲属或法定监护人 |
| 申请理由（请另附本人、直系亲属或法定监护人确诊为新冠肺炎的证明材料）：本人保证以上所填内容真实有效。 申请人签名：  日期：年 月 日 |
| 院系审核意见 | 经核实情况属实，同意给予疫情医疗补助。负责人（签字）：日期： 年 月 日 | 学校审批意见 | 经核实情况属实，同意给予疫情医疗补助。金额：负责人（签字）：日期： 年 月 日 |