芜湖市住房公积金提取申请表

（因重大疾病造成家庭生活严重困难）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  填  写 | 单位名称 | |  | | |
| 职工姓名 | |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 | |  | | |
| 申请原因 | 因重大疾病造成家庭生活严重困难（附：证明材料） | | | |
| 申  请  人 | 本人保证此次用于提取住房公积金的所有材料真实，如有虚假，本人愿意依法承担相应的法律责任，无条件返还提取款项并同意将虚假情况录入不良信息系统。  申请人签名： 年 月 日 | | | |
| 单位审核意见 | **情况属实，请予审批。**  单位经办人： （单位盖章）  年 月 日 | | | | |

**说明：**1、职工申请因重大疾病造成家庭生活严重困难提取住房公积金的，除填写此表外，还需提供身份证、银行卡以及其他所需提取证明材料（详见提取指南）。

1. 此表可在公积金中心业务窗口领取或通过中心网站查阅、下载。