附件1：

中山市住房公积金管理中心大病医疗提取住房公积金申请书（本人）

中山市住房公积金管理中心：

本人（姓名）\*\*\* （身份证号码\*\*\*\*\*\*\*\*\*）患有\*\*\*\*\*疾病，因治疗费用高昂造成家庭生活严重困难。现按照住房公积金提取管理有关规定，向中山市住房公积金管理中心申请办理大病医疗提取住房公积。本人承诺所提供的相关证明材料真实有效，如有虚假，愿承担相应法律责任。

 申请人签名：

 日期：20 年 月 日

中山市住房公积金管理中心重大疾病提取住房公积金申请书（家庭成员）

中山市住房公积金管理中心：

本人（姓名）\*\*\* （身份证号码\*\*\*\*\*\*\*\*\*）与（姓名）\*\*\*（身份证号码\*\*\*\*\*\*\*\*\*）为\*\*关系。（姓名）\*\*\*患有\*\*\*\*\*\*疾病，因治疗费用高昂造成本人家庭生活严重困难。现按照住房公积金提取管理有关规定，向中山市住房公积金管理中心申请办理大病医疗提取住房公积。本人承诺所提供的相关证明材料真实有效，如有虚假，愿承担相应法律责任。

 申请人签名：

 日期：20 年 月 日