|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **支票申请单** | | | | | | | | | |
| 申请时间 | **必填** | 申请人 | **必填** | 申请人工号 | **必填** | 联系电话 | | **必填** | |
| 供应商名称 | **必填** | | | | | | | | |
| 开户银行(必须填写支行) | **必填** | | | 银行账号 | **必填** | | | | |
| 预算经费部门 | **必填** | 预算类项 | **必填（由预算管理部门填写，并且预算管理人签字）** | | 预算负责人审批 | | **签** | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 费用发生日期 | 费用类别 | 报销内容 | 报销金额 | 核准金额 | 费用承担部门 | | **必填** | **必填** | **必填** | **必填** | **财务填** | **实际使用费用的部门** | |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |
| 是否有借款 | **必填** | 冲抵借款金额 | **必填** | 报销金额合计 | **必填** | | 核准金额总计 | | **财务填** |
| 核销金额大写 | **财务填** | 实报金额 | **必填** | 实报金额大写 | **必填** | | 申请人签字 | | **签字加日期** |
| 部门负责人意见 | 费用部门领导签 | 分管业务领导意见 | 费用合计2000元以上给院助签 | 财务初审意见 |  | | 财务付款 | |  |
| 财务负责人意见 |  | 分管财务领导意见 |  | 院 长 意 见 |  | |

**温馨提醒**：**\***请据实提供真实、有效的发票、合同；**\***为提高沟通效率，请确保邮箱地址、联系方式的有效性；**\***所有费用请在费用发生后的3个月内递交至公司财务部请款（以发票日期为准）。