

## 低保信息证明表

|  |   |    |
|--|---|----|
| 申请人信息  | 申请人姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____               | 照片 |
|  | 身份证号码：_____ 手机：_____                        |    |
|  | 低保 / 农村特困户救助证号码：_____                       |    |
|  | 家庭地址：_____ 省 _____ 市 _____ 县 _____          |    |
|  | 第一联系人姓名 _____ 与患者关系 _____ 手机：_____          |    |
|  | 家庭成员人，直系亲属（包括患者的父母 / 配偶 / 所有子女）名单：          |    |
|  | 姓名：_____ 与申请人关系：_____ 姓名：_____ 与申请人关系：_____ |    |
| 当地民政部门填写   | 证明单位名称：_____                                |    |
|  | 证明人职务：_____ 证明人电话（座机）：_____                 |    |
|  | 当地民政部门核准申请人家庭是属于低保户。                        |    |
|  | 证明人签名：_____ 日期：_____ 盖章：_____               |    |
| （本栏目由发证单位或区 / 县级民政局盖章，电话必须为座机，项目办公室会进行电话回访查证低保信息的真实性）  |   |    |
| 患者申请说明：<br>（患者）我在此声明，已完全知晓中国初级卫生保健基金会“卫爱续航-肝癌患者援助项目”的全部信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目，本人愿意承担违反规定后的一切后果。 |   |    |
| 申请人（本人）签字：_____ 日期 _____   |   |    |

备注：

1. 此援助项目为慈善患者援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，如有不实或隐瞒，将取消援助药品资格，情节严重者将负法律责任；
2. 民政部门盖章需为发证单位或当地民政局；
3. 该表格项目办公室将留存，若您有需要，请提前复印。