

直系亲属信息表

直系亲属信息 (1)	
与申请人的关系：_____	
姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____	
手机 _____ 身份证号码： _____	
以下请您填写工作情况（无工作请如实填写现在情况及原因）	
工作单位： _____ 工作职务： _____	
工作时间：自 _____ 年至 _____ 年	
上年度总收入 _____ 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）	
本年月平均收入 _____ 元	
证明人签字： _____	证明部门盖章： _____
证明人职务： _____	证明人联系电话（座机）： _____
日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	

直系亲属信息 (2)	
与申请人的关系：_____	
姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____	
手机 _____ 身份证号码： _____	
以下请您填写工作情况（无工作请如实填写现在情况及原因）	
工作单位： _____ 工作职务： _____	
工作时间：自 _____ 年至 _____ 年	
上年度总收入 _____ 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）	
本年月平均收入 _____ 元	
证明人签字： _____	证明部门盖章： _____
证明人职务： _____	证明人联系电话（座机）： _____
日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	

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. 以小家庭为单位，已婚患者提供本人及其配偶、所有子女收入信息；未婚患者提供本人及其父母收入信息，特殊情况（未参加工作、打工、务农等）需写明原因，并由户籍所在地/常住地村/居委会及以上部门盖章；
3. 该表格项目办公室将留存，若您有需要，请提前复印；
4. 本表格复印有效。