

## 直系亲属信息表

	直系亲属信息(1)	
	与申请人的关系:	
姓名	<u></u>	
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	
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	∃
直系亲属信息(2)		
	直系亲属信息(2)	
	直系亲属信息(2)	
姓名性别年龄		
	与申请人的关系 :	_
姓名性别年龄 手机 以下请您填写工作情况(无工作请如:	与申请人的关系 : ———————————————————————————————	_
手机	与申请人的关系 : ———————————————————————————————	_
手机	与申请人的关系:  身份证号码: 实填写现在情况及原因 ) 工作职务:	_
手机以下请您填写工作情况(无工作请如: 工作单位:年至年至	与申请人的关系:  身份证号码: 实填写现在情况及原因 ) 工作职务:	
手机以下请您填写工作情况(无工作请如: 工作单位:年至年至	与申请人的关系:	
手机以下请您填写工作情况(无工作请如:工作单位:年至年至年度总收入	与申请人的关系:	
手机	与申请人的关系:	

## 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)需写清原因,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。