

附件二

低保证明

申 请 人 填 写	姓 名：_____ 年 龄：_____ 性 别：_____ 身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□ 家庭地址：_____ 省 _____ 市 _____ 低保证号：_____ 享受低保起始日期：_____ 持证人姓名：_____ 与申请人关系：_____ 固定电话：_____ 手机：_____ 第一联系人姓名：_____ 与您的关系：_____ 联系方式：_____ 家庭成员_____ 人（包括申请人的父母/配偶/子女） 姓名：_____ 与患者关系：_____ 姓名：_____ 与患者关系：_____ 姓名：_____ 与患者关系：_____ 姓名：_____ 与患者关系：_____ 姓名：_____ 与患者关系：_____ 姓名：_____ 与患者关系：_____ 证明人签字：_____ 证明人职务：_____ 证明人联系电话：_____ _____ 年 月 日 证明部门盖章：_____ （本栏由申请人当地村/居委会相关证明人填写；并盖村/居委会公章）		照 片					
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">当 地 民 政 部 门 填 写</td> <td>当地民政部门 (务必填写)</td> <td>名称：</td> <td>地址：</td> </tr> <tr> <td></td> <td>联系人：</td> <td>联系电话 (座机)：</td> </tr> </table> 当地民政部门核准申请人家庭是否属于低保户。 (公章) 备注：_____ 证明人签字：_____ 年 月 日：_____			当 地 民 政 部 门 填 写	当地民政部门 (务必填写)	名称：	地址：	
当 地 民 政 部 门 填 写	当地民政部门 (务必填写)	名称：	地址：					
		联系人：	联系电话 (座机)：					
患者申请说明： （患者）我在此声明，已完全知晓中国初级卫生保健基金会生命接力-肺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。 患者本人签字：_____ 年/月/日：_____								

备注：此援助项目为慈善援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，经调查有不实或隐瞒，将取消援助，情节严重者将负法律责任。