

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：_____	
	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： （患者）我在此声明，已完全知晓中国初级卫生保健基金会“生命捷力 - 多发性硬化症患者援助项目”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。