

低保证明表

申请人填写	姓名: _____ 年龄: _____ 性别: _____ 身份证号码: _____ 家庭地址: _____ 省 _____ 市 _____ 固定电话: _____ 手机: _____ 低保证号: _____ 享受低保起始日期: _____ 持证人姓名: _____ 与申请人关系: _____ 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 (盖骑缝章)
当地民政部门填写	当地政府部门 (务必填写)	名称: _____ 联系人: _____	地址: _____ 联系电话 (座机): _____	
	当地民政部门核准申请人家庭是属于低保户。 (公章) 备注: _____ 证明人签字: _____ 年/月/日			
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“苏达新生患者援助项目”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:

1. 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。
2. 工作情况包括: 固定工作、临时工作、个体经营或务农等情况, 请详细填写。
3. 证明部门: 需现在单位人事部门盖章, 无工作单位的需所在街道办事处或乡政府盖章, 证明人签字。
4. 民政部门盖章: 需为发证单位或当地民政局