



中国初级卫生保健基金会
晴乐相伴-胃肠间质瘤患者援助项目
低保证明信息表

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“晴乐相伴-胃肠间质瘤患者援助项目”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。
3. 该表格项目办公室将留存，若您有需要，请提前复印。