

患者本人经济收入证明表

申请人填写

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____

身份证号:

本人电话: _____

家庭住址: _____ 省(市) _____ 市 _____

照片粘
贴处

第一联系人

姓名: _____

电话: _____

与联系人关系: _____

工作单位填写

以下请您如实填写工作情况:

(未参加工作请注明现在情况及原因, 无固定单位的人员也需如实填写打工、务农等情况) 由所在地政府部门(居委会/村委会、街道办事处、民政部门) 盖章

工作单位名称: _____ 工作单位地址: _____

工作单位电话: _____ 工作单位部门及职务: _____

工 作 时 间: 自 _____ 年至 _____ 年

兹证明该同志在本单位的上年度全年总收入 _____ 元 (年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入)

本年度平均月收入 _____ 元。特此证明。

证明人职务 _____ 证明人联系电话(座机) _____ (区号) _____

证明人签字(部门盖章)

年/月/日

政府部门必填

当地政府部门
务必填写

名称: _____

地址: _____

联系人: _____

联系电话(座机): _____

当地街道办事处(乡政府)或其他政府部门证明该申请人经济困难。(证明单位盖章处)

年 月 日

备注:

1. 此项目为患者慈善援助项目, 将受到国家有关部门审计, 请如实填写, 如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. 上述表格中所有内容必须字迹清晰、填写完整。