

生命礼赞-法布雷病患者援助项目

收入证明信息表

申请人基本信息	
姓名：_____ 年 龄：_____ 性 别：_____	
身份证号码：_____ 联系方式：_____	
家庭地址：_____ 省 _____ 市 _____	
第一联系人姓名：_____ 与您的关系：_____ 联系方式：_____	
工作单位填写	
以下请您如实填写工作情况：	
工作单位名称：_____ 工作部门及职务：_____	
工作时间：自 _____ 年至 _____ 年	
兹证明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）_____	
证明人签字 _____ 签字日期：_____ 盖章：_____	
（本栏由患者工作单位填写，并加盖单位章；未参加工作、务农、打零工等请注明现在情况，由申请户籍所在地/常住地村/居委会及以上政府部门证明并盖章）	
政府部门证明	
证明单位名称：_____	
证明人职务：_____	证明人联系电话（座机）：_____
申请人以上情况属实，建议提供药品相关援助，减轻患者经济负担。	
证明人签字：_____ 签字日期：_____ 盖章：_____	
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“生命礼赞-法布雷病患者援助项目”的全部信息同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按照程序申请项目，本人愿意承担违反规定的一切后果。	
申请人（本人）签字：_____ 签字日期：_____	
未成年人或无能力为自己做出医疗决定的患者，可由监护人（父母或法定监护人员）代签：	
我声明，我谨代表_____，我已完全知晓生命礼赞——法布雷病患者援助项目的相关规定。	
监护人签字：_____ 签字日期：_____	