

直系亲属信息表

直系亲属信息（1）	
姓名：_____性别：_____年龄：_____与申请人的关系：_____	
联系方式：_____	
以下请您如实填写目前工作情况（无工作请注明目前情况及原因）	
工作单位：_____工作职位：_____	
工作时间：自_____年至_____年	
上年度总收入_____元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）	
本年月平均收入_____元	
证明人签字：_____	证明部门盖章：_____
证明人职务：_____	证明人联系电话：_____
证明日期：_____	

直系亲属信息（2）	
姓名：_____性别：_____年龄：_____与申请人的关系：_____	
联系方式：_____	
以下请您如实填写目前工作情况（无工作请注明目前情况及原因）	
工作单位：_____工作职位：_____	
工作时间：自_____年至_____年	
上年度总收入_____元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）	
本年月平均收入_____元	
证明人签字：_____	证明部门盖章：_____
证明人职务：_____	证明人联系电话：_____
证明日期：_____	

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、以小家庭为单位，已婚患者提供本人及其配偶、子女收入信息；未婚患者提供本人及其父母收入信息。特殊情况（未参加工作、打工、务农等）需写清原因，并由户籍所在地/常住地村/居委会及以上部门盖章

3、此表格如填写不够，可自行复印

* 上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整