家庭贫困证明

兹有我社区（村委会）居民（村民）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（患儿监护人姓名），身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，家庭住址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，家庭人口共\_\_\_\_人。其子女\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（患儿姓名），身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，患有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（疾病名称），已在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（医院名称）接受治疗。因治疗费用相对较高，家庭经济困难，家庭年收入为\_\_\_\_\_\_\_\_元，人均年收入\_\_\_\_\_\_\_元，（□属于/□不属于）低保家庭，现向中国出生缺陷干预救助基金会（先天性结构畸形救助项目）申请医疗救助金。

以上所述属实，特此证明。

（居委会所在地区：\_\_\_\_省（区、市）\_\_\_市（州）\_\_\_县（市、区））

居委会（村委会）负责人签字：

盖 章：

日 期：

联系电话：

备注：如属低保家庭，患儿监护人需提供低保证复印件。