



附表二

低保证明

申 请 人 填 写	姓 名: _____ 年 龄: _____ 性 别: _____ 身份证号码: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 家庭地址: _____ 省 _____ 市 _____ 固定电话: _____ 手机: _____ 低保证号: _____ 享受低保起始日期: _____		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; flex-direction: column; align-items: center; justify-content: center;"> <p>照 片</p> <p>(盖骑缝章)</p> </div>
	持证人性名: _____ 与申请人关系: _____ 第一联系人姓名: _____ 与您的关系: _____ 联系方式: _____ 家庭成员 _____ 人 (包括申请人的父母/配偶/子女) 姓名: _____ 与患者关系: _____ 姓名: _____ 与患者关系: _____ 姓名: _____ 与患者关系: _____ 姓名: _____ 与患者关系: _____ 姓名: _____ 与患者关系: _____ 姓名: _____ 与患者关系: _____		
当 地 民 政 部 门 填 写	证明人签字: _____ 证明人职务: _____ 证明人联系电话: _____ 年 月 日 证明部门盖章: _____ (本栏由申请人当地村/居委会相关证明人填写; 并盖村/居委会公章)		
	当地民政部门 (务必填写)	名称: _____ 地址: _____ 联系人: _____ 联系电话(座机): _____	当地民政部门核准申请人家庭是否属于低保户。 (公章) 备注: 证明人签字: 年 月 日:
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“骨舞人生-严重骨质疏松患者援助项目”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。 患者本人签字: _____ 年/月/日: _____			

备注: 此援助项目为慈善援助, 将受到国家有关部门审计, 请如实填写, 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。

