

附表二

## 低保证明

<b>申 请 人 填 写</b>	姓 名：_____ 年 龄：_____ 性 别：_____		照  片  (盖骑缝章)
	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：_____		
	持证人姓名：_____ 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：_____	
	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)		
<b>当 地 民 政 部 门 填 写</b>	<b>当地民政部门</b>	名称：	地址：
	<b>(务必填写)</b>	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。

