

## 附 2

# 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，家庭年收入为\_\_\_\_\_元，人均年收入\_\_\_\_\_元，家庭经济困难。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，现向中国出生缺陷干预救助基金会申请先天性结构畸形救助项目医疗救助金。

以上所述属实，特此证明。

村（居）委会所在地：\_\_\_\_\_省（区、市）\_\_\_\_\_市（州）\_\_\_\_\_县（市、区）

村（居）委会经办人签字：

联系电话：

（盖章）

年 月 日