

直系亲属信息表

| 直系亲属信息 (1) | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| | 与申请人的关系: _____ |
| 姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ | |
| 手机 _____ | |
| 以下请您填写工作情况 (无工作请如实填写现在情况及原因) | |
| 工作单位: _____ | 工作职务: _____ |
| 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 (座机): _____ |
| | 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 |

| 直系亲属信息 (2) | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| | 与申请人的关系: _____ |
| 姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ | |
| 手机 _____ | |
| 以下请您填写工作情况 (无工作请如实填写现在情况及原因) | |
| 工作单位: _____ | 工作职务: _____ |
| 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 (座机): _____ |
| | 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 |

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, 将取消援助贴片资格, 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。
- 3、特殊情况 (未参加工作、打工、务农等) 需写清原因并由政府部门 (户籍所在地/常住地村/居委会及以上部门) 盖章。
- 4、该表格项目办公室将留存, 若您有需要, 请提前复印。