



直系亲属信息表

(请申请人根据需要自行复印后使用)

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，将取消援助药品资格，情节严重者将负法律责任。
2. 必须提供所有直系亲属（包括患者父母、配偶、所有子女）收入证明，特殊情况（未参加工作、打工、务农等）需写清原因，并由当地政府部门（居委会/村委会、街道办事处、民政部门等）盖章。
3. 必须如实填写，不得涂改，若发现造假或隐瞒将无法入组项目。