

# 家庭情况证明

兹有\_\_\_\_\_（患儿姓名），性别\_\_\_\_\_，年龄\_\_\_\_\_岁，身份证号\_\_\_\_\_，是\_\_\_\_\_省(区、市)，\_\_\_\_\_市(州)，\_\_\_\_\_县(区)，\_\_\_\_\_乡镇(街道)，\_\_\_\_\_村民小组(居委会)。因\_\_\_\_\_无力承担全部治疗费用，现向基金会申请医疗救助金。

患儿父亲：\_\_\_\_\_；身份证号：\_\_\_\_\_

患儿母亲：\_\_\_\_\_；身份证号：\_\_\_\_\_

情况属实、特此证明。

乡(镇)政府盖章：\_\_\_\_\_

经办人及联系电话：\_\_\_\_\_

市、县（区）政府/民政局盖章：\_\_\_\_\_

经办人及联系电话：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日