

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 _____ 身份证号码：_____

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 _____ 身份证号码：_____

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

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、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。特殊情况（未参加工作、打工、务农等）需写清原因，并由户籍所在地/常住地村/居委会及以上部门盖章；
- 3、该表格项目办公室将留存，若您有需要，请提前复印；
- 4、本表格复印有效。