

# “助力成长 关爱未来”矮小症患者公益援助项目

## 经济证明表

<p>申请人信息</p>	<p>患者姓名：_____ 出生年月：_____ 性别：_____</p> <p>身份证号：_____</p> <p>户籍所在地：_____省_____市_____街道</p> <p>家庭住址：_____省_____市_____街道_____号</p> <p>法定监护人信息</p> <p>监护人一姓名：_____ 身份证号：_____</p> <p>手机：_____ 与患者的关系：_____</p> <p>监护人二姓名：_____ 身份证号：_____</p> <p>手机：_____ 与患者的关系：_____</p>
<p>申请人的法定监护人 所在单位或村 / 居委会填写</p>	<p>以下请您如实填写工作情况：</p> <p>监护人一 _____ 的工作信息（如无单位，请注明现在情况）_____</p> <p>工作单位名称：_____ 单位电话：_____</p> <p>单位地址：_____ 单位职务：_____</p> <p>工作时间：自 _____ 年至 _____ 年</p> <p>兹证明该同志在本单位上年度总收入为人民币 _____ 元（包括工资、奖金及补贴等），本年度平均月收入为人民币 _____ 元，特此证明。</p> <p>证明人签字（加盖单位或村 / 居委会公章）：_____ 职务：_____</p> <p>联系方式（单位座机）：_____</p> <p>日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <hr/> <p>监护人二 _____ 的工作信息（如无单位，请注明现在情况）_____</p> <p>工作单位名称：_____ 单位电话：_____</p> <p>单位地址：_____ 单位职务：_____</p> <p>工作时间：自 _____ 年至 _____ 年</p> <p>兹证明该同志在本单位上年度总收入为人民币 _____ 元（包括工资、奖金及补贴等），本年度平均月收入为人民币 _____ 元，特此证明。</p> <p>证明人签字（加盖单位或村 / 居委会公章）：_____ 职务：_____</p> <p>联系方式（单位座机）：_____</p> <p>日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日</p>
<p>村 / 居委会或 街道办事处填写</p>	<p>以上情况属实，经济较为困难。</p> <p>证明人签字（部门公章）：_____ 日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>本栏由申请人常住 / 户籍地村 / 居委会及以上政府部门的经办人填写并签字盖公章</p>