

附件 2

功能性出生缺陷救助项目 家庭经济情况说明

兹有我社区（村委会）居民（村民）_____（法定监护人姓名），身份证号_____，家庭住址_____，家庭人口共_____人，家庭年收入为_____元。其子/女_____（申请救助儿童姓名），身份证号_____，患有_____疾病，已在_____医院接受治疗。因孩子治疗费用支出，家庭经济负担重，基本生活出现困难，现向中国出生缺陷干预救助基金会申请功能性出生缺陷救助项目医疗救助金。

以上所述属实，特此证明。

村（居）委会所在地：_____省（区、市）_____
市（州）_____县（市、区）_____乡镇（街道）_____

村（居）委会经办人签字：

联系电话：

（盖章）

年 月 日