

附件 2

家庭经济困难证明

兹有我社区（村委会）居民（村民）____（患儿 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，人均年收入____元，家庭经济困难。其子/女（患儿姓名）____，身份证号____，患有(疾病名称)____。因治疗费用相对较高，现向中国出生缺陷干预救助基金会申请遗传代谢病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）

村（居）委会经办人签字：

联系电话：

（盖章）

年 月 日

