收入证明告知承诺书

本人_____，身份证号码_____，申请中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目，唯一号码_____。

我的家庭成员收入情况如下：（未满18岁子女不用填写）

关系	姓名	年龄	税后总收入（上一年度）	单位名称
本人				
配偶				
父亲				
母亲				
子女				
子女				

特承诺：以上收入信息真实、准确。如有虚假，将承担槐耳项目办规定的相应后果。

联系电话：

申请人签名：

日 期：　　年　　月　　日