

中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目 患者家庭经济情况抽查表

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_____。
患者家庭经济情况如下：

关系	姓名	年龄	税后总收入 (上一年度)	单位名称
本人				
配偶				
合计			元	

其他情况说明：（如家庭负担、健康、就业情况等）。

证明单位信息：

单位：_____（章） 联系人：_____ 电话：_____

备注：请填写可证明家庭情况的机构或组织信息，如工作单位、街道、乡镇政府、社区居委会等。

本人特承诺：以上收入信息真实、准确。如有虚假，将承担项目规定的相应后果。

申请人签名：

联系电话：

日期： 年 月 日