附件 2

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

助基金会申请出生缺陷（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） 乡镇（街道）

村（居） 委会经办人签字：

联系电话：

（盖章）

年 月 日