

六、收入证明填写样表

中国初级卫生保健基金会 爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目 患者基本信息登记表

姓名	赵某某	性别	男	年龄	28岁		
身份证号	31XXXX19XXX5X722XX						
本人电话	13XXXXX	13XXXXXXXX5					
第一联系人		姓名 陈某某 电话: 13XXXXXXXXX6 与申请人关系: 夫妻					
家庭住址		<u>浙江省</u> 省 <u>某某</u> 市 <u>某某路 XX号 XXX室</u>					
家庭成员名单:							
姓名:陈某某与申请人关系: <u>夫妻</u>							
姓名:		_ 与申请人关系:					
姓名:		_ 与申请人关系:					
*填写说明:							
1. 已满18周岁的患者,如为已婚需填写配偶信息,提交本人及配偶经济收入证明;如未							
婚只需填写本人信息,提交本人经济证明。							
2. 未满18周岁的患者,需同时填写父母相关信息,提交父母经济收入证明。							
家庭成员人数		2	上年	上年度家庭全年总收入		XXXX元	
医保情况	参保城市	浙	<u> </u>	方 医保护	设销比例	XX %	
	参保类型	√□城镇居民医保 □城镇职工医保 □新农合医保					
		□其它 _					
申请	本人因 XXXXXXXXXXXXXXX,故申请此项目,望批准!						
申请理由							

日期:XX年XX月XX日

患者本人签字 赵某某