附件

**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 ，因孩子治疗费用支出，家庭经济负担重，基本生活出现困难，现向基金会申请医疗救助金。

以上所述属实，特此说明。

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