

附件 2

贫困证明

兹证明我(乡镇或居委会)居民_____之子
(女)姓名_____年龄_____, 因患_____疾病
导致家庭经济困难, 其监护人姓名_____, 身份证号
码_____. 家庭收入情况
为:_____, 属于贫困
家庭。特此证明!(此证明仅用于申请中国出生缺陷干预救
助基金会的出生缺陷救助项目患儿资助, 他用无效)。

居委会(村委会)签字:

盖章:

日期:

联系电话: