 附件 2 天使宝贝救助申请表2025版

**家庭经济情况证明**

兹有 （患儿姓名），身份证号 ，户籍详细地址 ,为我辖区居民/村民，该房屋为其家庭（□自有住房□租住房屋□亲属住房□单位宿舍房），该患儿患有 （疾病名称），现在 （医院名称）进行治疗,因治疗费用较高，家庭经济条件较差（年收入为元），属于我村/社区□低保户、□精准扶贫户、□建档立卡贫困户、□残疾家庭、□一般家庭、□其他 家庭，无力承担全部治疗费用，现向上海天使宝贝公益基金会申请医疗救助金。

以上所述属实。

村委会/居委会 乡镇政府/街道办事处

盖 章 盖 章

日 期 日 期

电话（必填） 电话（必填）

上海浦东新区杨高中路2108号天物空间A栋V16 天使宝贝公益基金会 4008213995 4/4