**家庭经济情况说明**

兹有我辖区居民 (患儿姓名)，身份证号 ,家庭住址 ，家庭人口共 人。其家庭于我辖区（□有 □无）住房，家庭经济困难，（□属于 □不属于)我辖区（□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）。该患儿患有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (疾病名称)，目前在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(医院名称)接受治疗,因治疗费用较高，无力承担治疗费用，因此现申请医疗救助款。

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

20 年 月 日 20 年 月 日

电话（必填）： 电话（必填）：

备注：请完整填写，低保家庭需提供低保证及低保存折复印件；

 精准扶贫户、建档立卡贫苦户需提供手册复印件。