

申请人收入证明表

患者填写部分	患者姓名		年龄		性别		贴照片处 ※必须提供本人近期一寸照片。 ※并且加盖本人所在单位/街道办事处/居委会红章。	
	身份证号							
	家庭住址				家庭人口数			
	座机电话			手机				
	本人及配偶名下共同房产_____处，车辆_____辆，车型：_____							
	填表人签字		患者签字		年	月		日
工作单位填写部分	以下请您填写现在就职的收入或退休后的收入（务农、打零工或自由职业者请注明收入）							
	工作单位名称							
	工作单位地址							
	工作部门		职务		工作时间	____年至____年		
	本年度月平均收入（请附工资明细单或个人完税明细单）							
	上年度总收入（含工资、奖金、补贴、分红、兼职收入等，并附地税局的个人完税证明）							
	证明人职务			办公电话				
	证明人签字			证明部门盖章				
	证明日期							
当地政府部门填写	当地政府部门证明申请人因经济困难，无能力支付帕捷特药品费用。							
	单位名称			办公固定电话				
	单位地址							
	证明人			证明人职务				
	请当地政府部门（患者所在地民政部门、居委会或街道办事处）务必填写意见并签字盖章：							
	单位意见：_____							
	经办人签字：_____							
经办人职务：_____								
盖 章：								
证明日期：								
备注	1、请申请人如实填写此表、不得随意涂改，若发现有造假或隐瞒的行为将拒绝此申请。 2、上一年度收入为申请之日以前满 12 个月的收入情况。							

患者配偶/直系亲属收入证明表

姓名		性别		年龄		与患者关系	
身份证号码							
手机号码				座机号码			
工作单位名称							
工作单位地址							
工作部门及职务				工作时间	_____年至_____年		
本年度月均收入				上年度总收入			
证明人职务				证明单位固定电话			
证明人签字				单位盖章			
证明日期	年 月 日						

患者配偶/直系亲属收入证明表

姓名		性别		年龄		与患者关系	
身份证号码							
手机号码				座机号码			
工作单位名称							
工作单位地址							
工作部门及职务				工作时间	_____年至_____年		
本年度月均收入				上年度总收入			
证明人职务				证明单位固定电话			
证明人签字				单位盖章			
证明日期	年 月 日						