



中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目

患者收入证明表

患者填写部分	姓 名							性 别							粘贴照片处 ※需粘贴患者近期一寸照片。 ※需由患者所在单位/所在地区民政部门/街道办事处/居委会加盖骑缝章。
	年 龄							婚 姻 状 况							
	身份证号														
	家庭住址														
	手机号码							座机号码							
	患者签字							签字日期							
工作单位填写部分	注：														
	1. 此部分由患者在职单位/退休单位填写。														
	2. 上年度总收入，应包含工资、奖金、补贴、分红、兼职等。														
	工作单位名称														
	工作单位地址														
	工作部门职务							工作时间	至						
	上年度总收入														
	证明人职务							证明人签字							
工作单位电话							工作单位盖章								
证明日期															
政府部门填写部分	注：														
	1. 此部分由患者所在地区民政部门/街道办事处/居委会填写。														
	2. 政府部门证明患者因经济困难，无能力支付赫赛莱药品费用。														
	政府部门名称														
	政府部门地址														
	政府部门意见														
	证明人职务							证明人签字							
政府部门电话							政府部门盖章								
证明日期															

中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目

患者收入证明表

患者填写部分	姓名	张三			性别	女			粘贴照片处 									
	年龄	52			婚姻状况	已婚												
	身份证号	4	2	0	1	1	1	9		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	家庭住址	湖北省武汉市洪山区 XX 街道 XX 小区 XX 号楼 XX 单元 XX 室																
	手机号码	158XXXXXXXX				座机号码	027-XXXXXXXX											
	患者签字	张三			签字日期	20XX.XX.XX												
	工作单位填写部分	注： 1. 此部分由患者在职单位/退休单位填写。 2. 上年度总收入，应包含工资、奖金、补贴、分红、兼职等。																
工作单位名称	湖北省武汉市 XX 有限公司（退休）																	
工作单位地址	湖北省武汉市新洲区 XX 街道 XX 号																	
工作部门职务	XX 部门 XX				工作时间	19XX.XX 至 20XX.XX												
上年度总收入	XXX, XX 元																	
证明人职务	总经理				证明人签字	吴九												
工作单位电话	027-XXXXXXXX				工作单位盖章													
证明日期	20XX.XX.XX																	
政府部门填写部分	注： 1. 此部分由患者所在地区民政部门/街道办事处/居委会填写。 2. 政府部门证明患者因经济困难，无能力支付赫赛莱药品费用。																	
政府部门名称	湖北省武汉市洪山区 XX 社区居民委员会																	
政府部门地址	湖北省武汉市洪山区 XX 街道 XX 号																	
政府部门意见	情况属实，请给予帮助。																	
证明人职务	主任				证明人签字	马一												
政府部门电话	027-XXXXXXXX				政府部门盖章													
证明日期	20XX.XX.XX																	