

# 证 明

兹有\_\_\_\_\_ (患儿姓名)，身份证号\_\_\_\_\_，家庭住址  
\_\_\_\_\_ 为我辖区居民，患有  
\_\_\_\_\_ (疾病名称)，因治疗费用较高，家庭经济条件较差，  
无力承担全部治疗费用。\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (请概括家庭基本情况)

村委会/居委会

盖 章

日 期

负责人签字：

联系电话（必填）：

乡镇政府/街道办事处

盖 章

日 期

负责人签字：

联系电话（必填）：