

河北省慈善总会“祛白天使”项目

困难家庭情况说明

患者姓名：_____，性别：____，年龄：____，身份证号码：_____，家庭住址：_____

简述个人家庭困难情况：

申请人（签字）：

村委会（居委会）公章

年 月 日