申请医疗救助证明

厦门中山医院基金会：

兹有家庭经济困难 性别（男/女），出生年月（身份证号） ，籍贯所在地 省，

 县（区） 乡镇（街道） 村民小组因病治疗费用较高，家庭经济困难，难以承担全部费用，现向厦门中山医院基金会申请爱心医疗补助费用。

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

街道办事处或镇（乡）政府部门盖章：

市（县）级民政部门或红十字会盖章：