附件2

**低收入证明**

 ：

现有我乡（镇、街道） （儿童姓名），身份证号： ，家庭住址： ，共有 口，家庭年收入 元。经核查，该户因 患有重大疾病，致家庭困难，情况属实，请予申请贫困家庭儿童重大疾病慈善救助项目。（当地城乡居民低保标准： 元/月）。

 乡（镇、街道）民政办

（公章）

 年 月 日

 县（市、区）民政局

 （公章）

 年 月 日