北京家圆医院“精准扶贫•试管助孕”基金第三期
贫 困 证 明

北京家圆医院试管婴儿中心：

现有我辖区_____（性别：____，身份证号_____）和配偶_____（性别：____，身份证号_____），二人结婚已____年，无子女（或有___子女，其子女健康状况为_____），家庭年均收入_____元（夫妻_____方有□/无□低保证）。经审核，该夫妻属于贫困家庭。夫妻二人希望申请“精准扶贫”试管婴儿助孕基金，此家庭符合扶贫助孕条件。

特此证明。

相关单位证明盖章处：

村委会、社区居委会（盖章）：

*证明人：　　* 办公电话：

手机号码：　　盖章日期：

*办公地址：

街道（乡镇）政府或妇联或民政部门或计生管理机构（盖章）：

*证明人：　　* 办公电话：

手机号码：　　盖章日期：

*办公地址：

县（区）级政府妇联或民政部门或计生管理机构（盖章）：

* 证明人：　　* 办公电话：

手机号码：　　盖章日期：

*办公地址：

县（区）级以上政府妇联或民政部门或计生管理机构（盖章）：

*证明人：　　* 办公电话：

手机号码：　　盖章日期：

*办公地址：

注：*项为必填项

北京家圆医院“精准扶贫•试管助孕”基金第三期
贫 困 证 明

北京家圆医院试管婴儿中心：

现有我辖区_____（性别：____，身份证号_____）和配偶_____（性别：____，身份证号_____），二人结婚已____年，无子女（或有___子女，其子女健康状况为_____），家庭年均收入_____元（夫妻_____方有□/无□低保证）。经审核，该夫妻属于贫困家庭。夫妻二人希望申请“精准扶贫”试管婴儿助孕基金，此家庭符合扶贫助孕条件。

特此证明。

相关单位证明盖章处：

乡级计划生育协会（盖章）：

*证明人：　　* 办公电话：

手机号码：　　盖章日期：

*办公地址：

县级计划生育协会（盖章）：

*证明人：　　* 办公电话：

手机号码：　　盖章日期：

*办公地址：

市（地）级计划生育协会（盖章）：

*证明人：　　* 办公电话：

手机号码：　　盖章日期：

*办公地址：

省级计划生育协会（盖章）：

*证明人：　　* 办公电话：

手机号码：　　盖章日期：

*办公地址：

注：*项为必填项