附件2

亲属关系声明

本人 ，身份证号码: ，为罗湖区“罗湖 卡” （类型）持卡人，秉着诚实守信的态度，对此次申报居家养老服务补助做出如下亲属声明：

1、父亲： ，年龄 岁，身份证号码: ，居住地址： 。

2、母亲： ，年龄 岁，身份证号码: ，居住地址： 。

3、配偶父亲： ，年龄 岁，身份证号码: ，居住地址： 。

4、配偶母亲： ，年龄 岁，身份证号码: ，居住地址： 。

本人声明签名真实，并证明上述亲属关系无遗漏、无错误。声明书内容是真实、合法、有效的，愿承担由于申请材料真实性、合法性、有效性引起的一切法律后果。

签名：

日期：