附件3

村（居）民委员会指定非亲属关系监护人证明

我村（居）民委员会，指定 作为被监护人（患者） ，性别 ，身份证号 ，

在严重精神障碍患者监护人申领看护管理补贴工作中的监护人。

监护人姓名 性别 身份证号 联系电话 工作单位

户籍地址

现住址

 村 (居)民委员会（盖章）

 经办人签字：

 年 月 日