

附件 4:

广东省第二人民医院

“重大疾病”病患救助申请表

编号: 2022032

申请日期: 2021年10月26日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	叶德卷	男	2005.7.2		广东省佛山市	
	参加医保情况		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例: 45%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
I型干扰素病		广东省第二人民医院		4万/年		
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	叶福宁	男	46	父子	务农 2000元	
	王春玲	女	40	母子	务农 2000元	
申请救助理由	<p>我是叶德卷,由于我患有罕见病,前期期间治疗花费了很多医疗费用,而且还要持续治疗,家里经济比较困难,无力承担治疗费用,所以请求基金会给予你们帮助,谢谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 叶德卷 2021年10月26日</p>					
资助金额	<p>建议给予医疗救助金 5000元。</p> <p>(大写: 零万 伍仟 零佰 零拾 零元 零角 零分)</p>					
医院填写	<p>疾病诊断及治疗费用情况:</p> <p>患罕见“破合”病, 20下破合力4年”为院, 确诊罕见病, 治疗费用大。</p> <p>医师签名: [Signature] 2021年11月1日</p>					
	社会工作科意见:	<p>规划发展部意见:</p>				
<p>负责人签名: [Signature] 盖章 [Stamp] 月 日</p>		<p>负责人签名: [Signature] 2021年11月8日</p>				
<p>广东公益恤孤助学促进会审批意见: 同意救助伍仟元</p> <p>负责人(签名): [Signature] 年 月 日</p> <p>2021.11.15</p>						



廣東公益恤孤助學促進會
Orphan Education Society Guangdong

“重大疾病”病患救助款收据

病人姓名: 叶德卷	性别: 男	年龄: 17
病种: I型干扰素病	治疗医院: 广东省第二人民医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款5,000元（大写：人民币伍仟元整），将作为叶德卷的治疗费用。

受助人（监护人）: 叶海宁 王育珍

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: 王瑞洁

电话: 15011736519

经办人: [Signature]



电话: 13822279353

日期: 2022年1月19日

广东省第二人民医院

诊断证明书

证字第202011306113001号

姓名	叶德卷	性别	男	年龄	Y15	科别	风湿免疫科	住院号	490744
单位/地址	广东省湛江市雷州市客路镇								
病史及简要诊疗工作： 患者因“反复全身皮疹、双下肢乏力4年，加重2周。”于2020-11-22在我院住院治疗，入院后予抗炎、护胃、免疫调节、补钙等治疗。									
诊断意见： 1. I型干扰素病（AGS7） 2. 甲状腺功能减退症 3. 脓毒症（毗邻颗粒链菌） 4. 肺动脉高压（轻度） 5. 獭尾肝 6. 高尿酸血症									
处理意见： 规律用药, 定期复诊。									
广东省第二人民医院									
医师: 									
2020年 11月 30日									
									

证明

兹有我镇大家村委会月湖西村民叶福
宁 甘 子叶德卷，男，身份证：
[REDACTED] 患有多种疾病，多次
住院治疗，至今未能康复，医疗费用很高。
该村民家庭经济来源靠务农，收入低，因受
到自然灾害影响，基本没有什么农业收入。
望给予其经济救助。

2021年10月28日



