

20233711

## 广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022051

申请日期: 2022年1月5日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	申雨欣		2017-1-6			河南省新乡市延津县
	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			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	神经母细胞瘤		广州市妇女儿童医疗中心		4-6万元	
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
	申盼盼	女	34	母亲	无	
	申成强	男	34	父亲	设计师, 月薪 5000 元	
申请救助理由		<p>申请救助理由请填写(如: 小孩病情起因、现状、后续治疗、费用缺口、家庭情况、医疗保险等)</p> <p>患儿申雨欣, 4岁, 女性患儿, 本次因“确诊神经母细胞瘤近4月, 返院手术”入院。本次入院为行肿瘤切除术, 后续需药物治疗, 预计总费用4-6万左右, 费用缺口4-6万左右。患儿家庭经济来源困难, 已出具当地贫困证明。本次入院参加医保为新农合省内异地医保(居民)。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: <u>申盼盼</u> 2022年1月5日</p>				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断“神经母细胞瘤”明确, 手术指征明确, 术前检查已完善, 基本排除禁忌, 拟择期行腹膜后神经母细胞瘤切除术, 后续需药物治疗。					
	医师签名: <u>李旭</u> 2022年1月5日 医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: <u>贰</u> 万 <u>仟</u> 佰 <u>拾</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: <u>李旭</u> 月 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: <u>同意救助壹万之整</u> 负责人(签名): <u>李旭</u> 2022年2月8日						



# 廣東公益恤孤助學促進會

## Orphan Education Society Guangdong

### 重症貧童救助款收據

病童姓名: 申雨欣 性別: 女 年齡: 5歲  
病種: 神經母細胞瘤 治療醫院: 廣州市婦女兒童醫療中心

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 10,000 元 (大寫: 人民幣 壹萬元整), 將作為 申雨欣 的治療費用。

受助人 (監護人): 申盼盼

電話: ~~XXXXXXXXXX~~

見證人 (記者/志願者/捐贈方代表等): \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_

經辦人: 梁弋

電話: 13822279353

日期: 2022年 2月 9日

# 广州市妇女儿童医疗中心（珠）

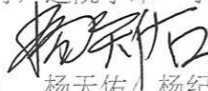
广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

## 诊断证明书

姓名: 申雨欣 性别:女 年龄:4岁 科别: 肿瘤外科二组(珠) 床号:008 住院号: 20233711

诊断:神经节神经母细胞瘤

医嘱及建议: 患儿自2022-1-3起因“确诊神经母细胞瘤近4月, 返院手术”于我院住院治疗, 特此证明。

医师签名:  杨天佑 / 杨纪亮

日期:2022-01-27 15:26:57



- 注: 1、未经盖章, 签字无效。  
2、涂改无效。  
3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。



# 稿 纸

## 贫困证明

兹有我村村民申成强，男，身份证号码[REDACTED]，  
[REDACTED]，因女儿于2021年8月底（女儿4岁8个月）  
在广州好动儿童医疗中心，查出患有腹膜后神  
经节神经母细胞瘤，并压迫肾积水，一直在医  
院就医，已付出所有资金（包含亲朋好友的捐赠  
及借款），和续还费大量资金治疗，但因夫妻  
要照顾女儿已失去了工作，家庭又没有经济来源  
已陷入极度贫困，状况属实。

特此证明

大佛村委会

2021年12月23日



