

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2023/60

申请日期: 2023 年 3 月 15 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	戴宇宸	男	2020.1.30			广东省
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	再生障碍性贫血		广州医科大学附属第一医院		25万	
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
	陈艳元	女	37	母子	无收入	
	戴建新	男	37	父子	6500	
申请救助理由		因小孩生病住院导致家庭困难，现家庭人口6人，家庭主要经济收入靠戴建新一人外出打工，小孩戴宇宸患有重型再生障碍性贫血，现住院一个多月，导致经济更加困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈艳元 2023年 3 月 15 日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 再生障碍性贫血，住院治疗，费用约30元。 医师签名: 2023 年 3 月 15 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 10000 元。 (大写: 壹万 零 仟 元 整 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2023 年 3 月 17 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 负责人(签名): 2023 年 3 月 27 日						



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名: 戴宇宸 性别: 男 年龄: 3岁
病种: 重型再生障碍性贫血 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币 壹万元整), 将作为戴宇宸的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈艳元

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 13822279353

日 期: 2023 年 3 月 28 日

疾病诊断证明书

姓名：戴宇宸

性别：男

年龄：2岁

住院号：0000785759

经我院普通儿科(沿江)临床检查，目前考虑诊断为：

急性再生障碍性贫血 极重型

此证

主诊科（盖章）




主诊医师：关镜明

医务科（盖章）

日期：2023年2月4日

证明

兹有我村村民戴建新，男，身份证号码：
家庭人口六人，家庭主
要经济收入来源靠戴建新一人外出务工。现因小
孩戴宇宸，男，身份证号码
小孩患有再生障碍性贫血，导致家庭经济困难，
不能承担全额医疗费用。

情况属实，特此证明。

新五村村民委员会

2023年3月14日

戴碧燕：13430193069

