

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: 2023217

申请日期: 2023年4月11日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	甘炎阳	男	2022.01.24		广西	
	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	
	先天性心脏病		广州医科大学附属第一医院			
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
	甘良伟	男	43	父子	打工	
	周间清	女	34	母子	无业	
申请救助理由		因家庭难以承担先心病儿童的治疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 甘良伟 2023年4月11日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 先天性心脏病: 法洛氏四联症. 需手术治疗. 手术费用约8万					
	医师签名: 李国周 2023年4月11日 医院意见: 建议给予医疗救助金 10000 元。 （大写: 壹万圆 仟 零 佰 元 零 角 零 分） 负责人签名: 张仲波 2023年4月11日					
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助且符合 负责人(签名): 高凯 2023年4月17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: 甘炎阳 性别: 男 年龄: 1岁2个月
病种: 先天性心脏病 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 5,000 元 (大写: 人民币伍仟元整), 将作为甘炎阳的治疗费用。

受助人 (监护人): 甘良伟

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [REDACTED]

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2023年4月17日



疾病诊断证明书

姓名：甘炎阳

性别：男

年龄：1岁

住院号：0000796584

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

法洛[法乐]四联症

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：黄杰周

医务科（盖章）

日期：2023年4月11日



证明

兹证明 甘炎阳 (身份证号码:)

家庭住址:)

为农村低保救助对象。

该家庭开始享受日期为: 2022年05月01日

该成员开始享受日期为: 2022年05月01日

该证明开具日期为2023年03月03日, 自开具日期起有效期
为6个月。

藤县埌南镇人民政府(盖章)



2023年03月03日

家庭情况说明

兹有困难先天性心脏病患儿甘炎阳，性别男，年龄1岁，是广西省南宁市（州）青秀区（区）五象镇（街道）五象社区（居民小组/居委会），（父亲：甘良伟 母亲：周润靖）村民（居民）的儿子/女儿。因其家庭难以承担先心病儿童的治疗费用，恳请有关方面和广州医科大学附属第一医院为患儿治疗心脏病，并提供经济上的爱心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲：甘良伟 身份证号：450422010101010101

患儿母亲：周润靖 身份证号：450422010101010101

乡（镇）政府/街道办事处盖章：

联系电话：

日期：2013年4月11日



1

姓名: 甘炎阳
性别: 男
年龄: 1岁2月
住院号: 0000796584
入院日期: 2023-04-05
主管医生: 郭大鑫 陆国梁
主管护士: 温容娟
药物过敏史: 无

特

普

緊

吸

管道

管

防 坠

记24小时出

