

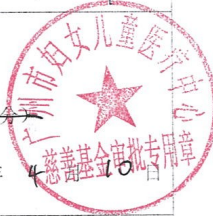
20237800

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2023240

申请日期: 2023年4月7日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	李淳雅	女	2015.06.11			广东
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 45%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	恶性肿瘤细胞肿瘤		广州市妇女儿童医疗中心		6-8万元	
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
	王翠平	女	34	母亲	无业	
	李汉秋	男	39	父亲	自由职业, 3000/月	
申请救助理由		患儿李淳雅, 7岁, 女性患儿, 本次因“诊断转移性生殖细胞瘤3月, 返院化疗”入院。本次入院为行盆腔肿瘤切除术, 后续需药物治疗, 本次住院预计费用6-8万左右, 费用缺口4-6万左右, 治疗预计总费用30万左右。患儿家庭经济来源困难, 已出具当地民政局贫困证明。本次入院参加医保为省内异地医保。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王翠平 2023年4月7日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断“恶性肿瘤细胞肿瘤”明确, 住院行“盆腔肿瘤切除+肝部分切除+腹膜后淋巴结切除术”, 后续需继续化疗, 本次住院费用约8万。 医师签名: 邓明 2023年6月7日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金_____元。 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 王翠平 2023年4月10日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万之整 负责人(签名): 高敏 2023年4月24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: 李淳雅 性别: 女 年龄: 7岁10个月
病种: 恶性生殖细胞肿瘤 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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 李淳雅 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王翠平

电 话: 13822279353

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): —

电 话: —

经办人: 张弋

电 话: 13822279353

日 期: 2023年 4月 27 日

广州市妇女儿童医疗中心

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（病假建议书）

流水号： 20230321Y19716

姓名：李淳雅 性别： 女 年龄： 7岁 卡号： 4401000019826914

诊断： 生殖细胞瘤，

诊断备注： 转移性恶性生殖细胞肿瘤

医嘱及建议： 住院拟行手术治疗

病区： 儿童外科。



03-22

注：

1. 未经盖章，签字无效
2. 涂改无效
3. 只作医院证明，不得作其他证明使用。

证明

兹有我村委[REDACTED]村民李淳雅（身份证号码：
[REDACTED]），父母在家务农，依靠种田维持生活，
家里没有什么固定经济收入，生活水平较低，收入很微小，
生活经济确有实际困难，恳请医院在经济上给予扶持照顾办
理是荷。
特此证明！

化州市长岐镇双牌村民委员会

2023年2月24日



