

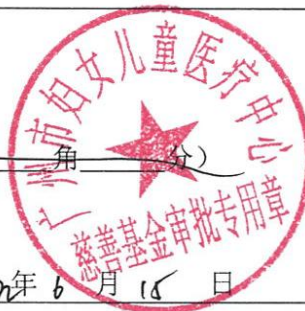
10142402

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023051/临时NO. 2251

申请日期: 2022年6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	
	黄睿丽	女	2017.2.11		广东惠州江门镇	
	参加医保情况		☐ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无			
	所患疾病		治疗医院	预计医疗费用		
	先天性肾上腺皮质增生症		广州市妇女儿童医疗中心	8-9万元		
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
	黄建辉	男	59	父	无	
	陆国艳	女	36	母	无	
申请救助理由		申请救助理由请详细填写(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) 母亲残疾,全靠低保,无法负担医疗费用 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 黄建辉 2022年6月15日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 先天性肾上腺皮质增生症,全靠下丘脑垂体促皮质激素 预计医疗费用8-9万 医师签名: 2022年6月15日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2022年6月15日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助但作之弊 负责人(签名): 高雪儿 2023年5月8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: 黄睿丽 性别: 女 年龄: 6岁
病种: 先天性淋巴管畸形 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 5,000 元 (大写: 人民币伍仟元整), 将作为黄睿丽的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄健辉

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: [REDACTED]

电 话: 13822279353

日 期: 2023年 5月 11日

广州市妇女儿童医疗中心（增）导诊单



1000001396765

16kg

诊疗卡号: 1000001396765

就诊时间: 2023-02-25

姓名: 黄睿丽

性别: 女

年龄: 6岁

费别: 现金

电话及地址: 广东省清远市

诊断: 先天性淋巴管畸形

科别: 介入血管瘤科(增)

科目: 介入血管瘤科(增)副主任
(刘珍银)

项目名称	执行科室	预计取报告时间/地点	价格
【增城】颌面部MRI平扫(3.0T)	影像科(增)	门诊楼一楼A4影像科 (牙片在3楼口腔科)	840.00
【增城】颈部MRI平扫(3.0T)	影像科(增)	门诊楼一楼A4影像科 (牙片在3楼口腔科)	840.00

材料费: 0

总合计: 1680.00



医生签名: 刘珍银



温馨提示: 请先付费后再做预约或检查! 医嘱当天有效!

该处方已通过广东省数字证书认证中心认证



进入
预约小
程序
支付宝
扫一扫

支付宝/微信扫码缴
费, 仅支持自费患者

户主姓名	黄健辉	性别	男
出生年月	1963.12	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码	/	家庭人口	3人
居住地址	广东省英德市连江		
户籍地址	下步村委会坑坝组		
低保资金 发放账号			
家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
	黄宇鹏	儿子	
	黄睿丽	女儿	

家庭成员照片	
	
姓名: 黄宇鹏	姓名: 黄睿丽
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

定期复核登记		
定期复核结果	经办人	复核时间
符合	李	2019.5-2020.5
已审核	李	2020.10-2021.10

