

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: 2023070

申请日期: 2023年5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
	陈荣合	男	2018.3.21			云南
	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		八万		
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
	陈忠喜	男	44	父子	务农	
	杜方珍	女	42	母子	务农	
申请救助理由		家庭经济压力较大, 该病子也较多, 收入来源少, 手术医疗费用对家庭经济有较大压力, 特此申请救助, 希望得到帮助, 可以缓解经济压力. 谢谢. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 陈忠喜 2023年5月11日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 室间隔缺损, 卵圆孔未闭, 需手术治疗, 费用约8万元 医师签名: 陈忠喜 2023年5月11日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 5000 元. (大写: 五千元整) 负责人签名: 陈忠喜 2023年5月11日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助伍仟元整 负责人(签名): 陈忠喜 2023年5月15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: 陳柒含 性别: 男 年龄: 5
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), 将作为陈柒含的治疗费用。

受助人 (监护人 陈忠喜) :

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/

志愿者/捐赠方

代表等) : ✓

电 话: ✓

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2

2023 年 5 月 16 日



疾病诊断证明书

姓名: 陈柒含

性别: 男

年龄: 5岁

住院号: 0000801438

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为:

*1. 室间隔缺损 (膜部瘤)

2. 卵圆孔未闭

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 陆国梁

医务科 (盖章)

日期: 2023年5月11日



家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿陈柒多，性别男，
年龄5岁，是云南省大理州宾川县（居委会），（父亲：陈忠喜 母
亲：杜方珍）村民（居民）的儿子/女儿。因治疗费用较高，
难以承担患儿全部医疗费用，恳请有关方面和广州医科大学附属第一
医院为患儿治疗先天性心脏病，并提供经济上的爱心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲：陈忠喜 身份证号：530101197101010101

患儿母亲：杜方珍 身份证号：530101197101010101

村委会/居委会盖章：

联系电话：18388710897

日期：2023 年 5 月 11 日



