

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: 2023077

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
	刘思铭	男	2021.9.13			
	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		广州市医科大学第一附属医院		七八万		
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
	刘永强	男	23	父子	务 2000	
	罗义木	女	26	母子	务 收	
申请救助理由		因家庭经济难以承担先心病治疗费用，恳请贵会帮助和广州市医科大学第一附属医院为患儿的医疗费用给予爱心资助，非常感谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: _____ 年 月 日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 诊断：室间隔缺损，手术费用需10万元。 医师签名: 邹大益 2023年5月11日					
	医院意见： 建议给予医疗救助金 5000 元。 (大写: 五千元零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 许世 2023年5月11日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 伍仟之整 负责人(签名): 高晓红 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: 趙思銘 性别: 男 年龄: 1岁
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), 将作为赵思铭的治疗费用。

受助人 (监护人): 罗义木

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2023年5月16日



广州医科大学附属第一医院

THE FIRST AFFILIATED HOSPITAL OF GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY

疾病诊断证明书

姓名：赵思铭

性别：男

年龄：1岁

住院号：0000801494

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

- *1. 室间隔缺损
- 2. 二尖瓣关闭不全

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：郭大鑫

医务科（盖章）

日期：2023年5月16日

家庭情况说明

兹有困难先天性心脏病患儿赵思铭，性别男，年龄1岁，是广西省（州）（区）镇（街道）小组（居委会），（父亲：赵求贵 母亲：罗义木）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：赵求贵 身份证号：

患儿母亲：罗义木 身份证号：

乡（镇）政府/街道办事处盖章：

联系电话：0774-5232256

日期：2023年4月17日



