

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: 2023335

申请日期: 2023年5月25日

病人资料		姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
		赖祥瑞	男	2022年10月14日		广西贺州市	
		参加医保情况				报销比例: 40%	
		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无					
		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			8万	
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
		赖振威	男	28	父子	自由 3000/月	
		谭思情	女	27	母子	无业	
申请救助理由		<p>家中经济来源低, 无力承担全部费用。 只有孩子父亲一人工作, 两位老人需赡养。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谭思情 2023年5月25日</p>					
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 室间隔缺损, 房间隔缺损, 肺动脉瓣狭窄, 右室流出道狭窄, 需手术治疗, 费用约8万元。 医师签名: [Signature] 2023年6月1日</p>						
	<p>医院意见: 建议给予医疗救助金 1万元。 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: [Signature] 2023年6月1日</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助但作4:2配 负责人(签名): [Signature] 2023年6月5日</p>							



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: 賴祥琪 性别: 男 年龄: 7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), 将作为賴祥琪的治疗费用。

受助人(监护人): 譚志清

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6月7日



疾病診斷證明書

姓名：賴祥琪

性別：男

年齡：7月16天

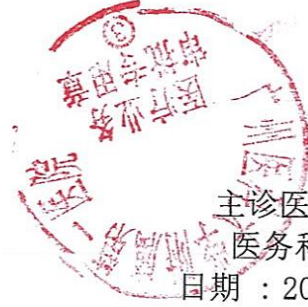
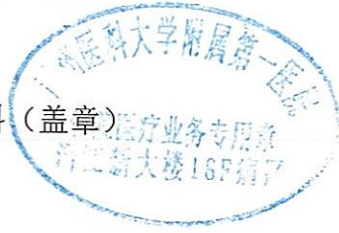
住院號：0000805375

經我院心脏外科(沿江)臨床檢查、診斷為：

- *1. 室間隔缺損
- 2. 房間隔缺損
- 3. 肺動脈瓣狹窄
- *4. 右室流出道狹窄

此證

主診科 (蓋章) 醫療業務專用章
沿江新大樓16F病7



主診醫師：陸國梁
醫務科 (蓋章)

日期：2023年6月1日

家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿赖祥琪，性别男，
年龄7月龄，是广西省贺州市（州）八步县（区）江南街道
/镇（街道）厦良村村民小组（居委会），（父亲：赖祯威 母
亲：谭思情）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：赖祯威 身份证号：[REDACTED]

患儿母亲：谭思情 身份证号：[REDACTED]

村委会/居委会盖章：



联系电话：0774-5231979

日期：2023年5月25日

