

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: 20232352

申请日期: 2023 年 6 月 4 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	明雨强	女	2022.1.6			表
	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			83	
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
	明波伟	男	26	父子	务农	
	王佳会	女	24	母女	无	
申请救助理由		家庭贫困,无稳定经济收入。所患罕见先天性心脏病,特此申请 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王佳会 2023 年 6 月 4 日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用) 诊断: 先天性心脏病, 需手术治疗 费用约8万 医师签名: 王佳会 2023 年 6 月 8 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 0.5万 元。 (大写: 五万 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 谢抄波 2023 年 6 月 8 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): 高晓红 2023 年 6 月 12 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: 明雨涵 性别: 女 年龄: 1
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 明雨涵 的治疗费用。

受助人 (监护人): 明浩人

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6月12日



疾病诊断证明书

姓名：明雨涵

性别：女

年龄：1岁

住院号：0000807016

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

*1. 先天性心脏病

先天性三尖瓣缺如

2. 卵圆孔未闭？房间隔缺损？

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：陆国梁

医务科（盖章）

日期：2023年6月8日



家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿 明雨阳，性别 男，
年龄 1岁，是 贵州 市（州）黔阳县 乡
/镇（街道）黔江镇 村民小组（居委会），（父亲：明洪伟 母
亲：王佳会）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：明洪伟 身份证号：52242000698

患儿母亲：王佳会 身份证号：52242000698

村委会/居委会盖章：



日期：2023 年 6 月 4 日



广西医科大学附属第一医院	
29	
姓名: 明湘湘	管 食
性别: 女	二级护理
年龄: 1岁5月	
住院号: 0000807016	
入院日期: 2023-06-07	
主管医生: 陆国豪 黄杰超	防 跌 倒
主管护士: 曾惠莹	
药物过敏:	

