

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: 2023367

申请日期: 2023 年 6 月 7 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	匡浩	男	2016. 10. 05			江西
	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	
	急性肝功能衰竭		广州市妇女儿童医疗中心		70 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
	匡浩	男	36	父子	年收入 532	
	冯艳丽	女	38	母女	无业	
申请救助理由		患儿出生江西省赣州市遂川县，为第二胎，父母亲现无业，需要赡养老人及其余儿女，患儿现为跨省异地医保。本次患儿起病急骤，病情严重，在多家医院求医，现住院时间 80 日，已使用约 65 万，预计后续治疗费用仍较高，家属已尽力筹集住院费用，现缺口仍较大。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 匡浩 2023 年 6 月 9 日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：1. 急性肝功能衰竭 2. 肾衰竭 3. 肾性高血压 4. 支气管肺炎（腺病毒感染）5. 胸腔积液（双侧）6. 腹泻 7. 腹腔积液 8. 急性胆囊炎 9. 血管炎（多系统血管炎） 医师签名: 余志坤 2023 年 6 月 9 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: 王元飞 2023 年 6 月 9 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 壹万之整 负责人(签名): 高生儿 2023 年 6 月 19 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: 匡浩

性别: 男

年龄: 6岁

病种: 先天性代谢紊乱, 肾衰竭

治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币 壹万元整), 将作为匡浩的治疗费用。

受助人(监护人): 匡贵平

电话: [REDACTED]

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电话: [REDACTED]

经办人: 张弋

电话: 13822279353

日期: 2023年6月20日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 匡浩

性别: 男 年龄: 6岁 科别: PICU(珠)

床号: 010

住院号: 20297523

断: 1. 急性肝功能衰竭 2. 肾衰竭 3. 肾性高血压 4. 支气管肺炎腺病毒感染 5. 胸腔积液双侧 6. 腹泻 7. 腹腔积液
急性胆囊炎 9. 血管炎多系统血管炎

嘱及建议:

患儿于2023-03-23至2023-06-09在我科住院治疗, 特此证明。

医师签名: 梁德锋/

日期: 2023-06-09 10:19:03

: 1、未经盖章, 签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。



收入证明

兹证明匡贵平为王田村居民，家庭基本情况如下：

一、家庭人口共4人，家庭成员组成：匡贵平、冯艳丽、匡健、匡浩
家庭年收入约5万元。

二、家庭的主要收入来源：匡贵平外出打工。

三、目前家庭主要困难：因家庭成员匡浩患有急性肝病，
家庭现经济收入不能承担医疗费用。衰竭

确属需帮扶家庭，特此证明。

居委会/村委会（乡镇政府）盖章

李时银（经办人）签字：

（必填）联系电话：

2023 年 4 月 22 日

