

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: 2023378

申请日期: 2023年6月19日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	姜恩恩	女	2022年12月13日			惠州
	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
	姜朝新	男	28	父女	务农无固定收入	
	王丽	女	21	母女	无业	
申请救助理由		我是姜恩恩的父亲,该儿童患有先天性心脏病,因家庭收入较低,无力承担全部手术费用,现向基金会申请救助,万分感谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 姜朝新 2023年6月19日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 先天性心脏病,需手术治疗,总费用需约85元 医师签名: 王丽 2023年6月19日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 0.53 元。 (大写: 五万 伍仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 王丽 2023年6月19日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 伍仟元 负责人(签名): 姜朝新 2023年6月26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: 姜恋恋 性别: 女 年龄: 6岁
病种: 复杂先天性心脏病 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), 将作为姜恋恋的治疗费用。

受助人(监护人): 姜朝新

电 话: [REDACTED]

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表

等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 梁丹

电 话: 13822279353

日 期: 2023年6月26日



疾病诊断证明书

姓名：姜恋恋

性别：女

年龄：6月4天

住院号：0000808651

经我院心脏外科(沿江)临床检查、诊断为：

- *1. 复杂性 先天性心脏病
肺动脉闭锁
室间隔缺损

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：黄杰周

医务科（盖章）

日期：2023年6月19日

家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿姜蕊蕊，性别女，
年龄5个月，是贵州（州）黔西县（区）黔西乡
/镇（街道）黔西村民小组（居委会），（父亲：姜朝朝母
亲：姜朝）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：姜朝朝身份证号：5223231001376

患儿母亲：姜朝身份证号：5223231001376

村委会/居委会盖章：



联系电话：15985328066

日期：2023 年 4 月 27 日

