

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023425

申请日期: 2023年7月5日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	陈明辉	男	2011.3.6			吴川市
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	1. 血液透析状态 2. 慢性肾脏病5期		广州市妇女儿童医疗中心儿童医院			
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
	陈康德	男	35	父子	务农 800元/月	
	孙金女	女	33	母子	务农 0元/月	
申请救助理由		申请救助理由请详细填写(如: 小孩病情起因、现状、后续治疗、费用缺口、家庭情况、医疗保险等) 患儿6年前发现肾功能异常, 2021年11月起行血液净化治疗, 现规律血液透析治疗(3-4次/周), 口服罗沙司他胶囊、骨化三醇胶丸、美托洛尔片、贝那普利片、盐酸特拉唑嗪、碳酸司维拉姆片、叶酸片、双嘧达莫片等药物治疗, 后续仍需继续规律血液净化治疗, 服以上药物治疗。家庭收入不稳定, 收入低特申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 孙金女 年 月 日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿目前诊断: "1. 血液透析状态 2. 慢性肾脏病5期 3. 单侧肾缺如(左肾) 4. 生长发育迟缓 5. 肾性贫血", 规律血液净化治疗(每周3-4次), 口服罗沙司他胶囊、骨化三醇胶丸、美托洛尔片、贝那普利片、双嘧达莫片、叶酸片、碳酸司维拉姆片等治疗, 定期更换CVC管。 医师签名: [Signature] 年 月 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: 一 万 仟 佰 拾 元 角 分) 2023.7.5 负责人签名: 王新 年 月 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟肆佰元整 负责人(签名): [Signature] 2023年7月10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: 陈明辉 性别: 男 年龄: 12
病种: 慢性肾衰竭 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 13,000 元 (大写: 人民币 壹万叁仟元整), 将作为 陈明辉 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈康德.

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7月12日

广州市妇女儿童医疗中心（儿）

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: 陈明辉 性别:男 年龄:12岁 科别: 内四病区(儿) 床号:015 住院号: 10135828

诊断:1. 血液透析状态 2. 慢性肾脏病5期 3. 急性上呼吸道感染 4. 单侧肾缺如左肾 5. 生长发育迟缓 6. 肾性贫血

医嘱及建议: 患儿于2023. 06. 12-2023. 06. 16在我院肾内科病房住院治疗, 特此证明。

医师签名:  /谭梅/王月明

日期:2023-06-16 08:29:19



注: 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。

广东省
吴川市

黄坡镇岭头村民委员会

证明

兹有我村委会[REDACTED]村民陈明辉，男，身份证呈码：

[REDACTED]，与户主陈康德，男，身份证号码：

[REDACTED]，为父子关系，其为低保户。

特此证明



黄坡镇岭头村民委员会

2023年6月9日



户主姓名	陈康德		性别	男
出生年月	1989年01月		职业	农民
医保卡号			家庭人口	5
居住地址				
户籍地	县(市、区) (街道) 村(居)委			
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	月收入
	孙金女	配偶		
	陈明辉	子		
		子		
		女		



核发单位: 吴川市民政局

发证日期: 2022/5/10

户主姓名: 陈康德

身份证号码:

低保证编号:

