

20225456

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023449

申请日期: 2023年7月17日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	刘梓熙	男	2018.11		[模糊]	[模糊]
	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	
	神经母细胞瘤		广州妇女儿童医疗中心		50万	
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
	李惠珍	女	27	母亲	无业, 零收入	[模糊]
	刘仲伟	男	26	父亲	自由职业, 2500	[模糊]
申请救助理由		.申请救助理由请填写(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) 本人刘梓熙, 性别男, 今年4岁多, 现因患神经母细胞瘤4期, 高危住院治疗, 花去高昂医药费达30万元, 好不容易熬到痊愈了, 很不幸在痊愈一年后又复发了, 后期还需要移植, 本来生活拮据, 现在小孩又复发, 本人保证上述情况完全真实。致使生活陷入困境。特向此单位申请救助。 申请人签名: 李惠珍 2023年7月17日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):					
	神经母细胞瘤, 总治疗费用约45万					
	医师签名: [签名] 年 月 日					
医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分)						
负责人签名: [签名] 2023年7月19日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟元整						
负责人(签名): [签名] 2023年7月31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: 刘梓熙 性别: 男 年龄: 4岁
病种: 神经母细胞瘤 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), 将作为刘梓熙的治疗费用。

受助人 (监护人): 李惠珍

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 梁文

电 话: 13822279353

日 期: 2023年 8月 1 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：刘梓熙 性别：男 年龄：4岁 科别：血液肿瘤病区（珠） 床号：048 住院号：20225456

诊断：1. 神经节神经母细胞瘤2. 吞咽困难

医嘱及建议：患儿于2023.07.12-2023.07.18于我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：张晓红/邱琳/宫薇薇/王劲智

日期：2023-07-18



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。



广东省城乡居民
最低生活保障证

广东省民政厅印制

户主姓名	刘梓熙	性别	男
出生年月	2018年11月	民族	
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	1
居住 地址	[REDACTED]		
户籍 地址	[REDACTED]		
低保资金 发放账号	[REDACTED]		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

