

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2023493

申请日期: 2023年8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
	袁昊宇	男	2016.5.14		[REDACTED]	广东省 [REDACTED]
	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	
神经节神经母细胞瘤		广州市妇女儿童医疗中心		150万		
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
	袁景鹏	男	33	父子	上班, 2800	[REDACTED]
	李淑嫻	男	33	母子	无工作	[REDACTED]
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) 小孩因确诊神经节神经母细胞瘤3年余(复发)右侧眼睑下垂, 右侧瞳孔扩大、神经节神经母细胞瘤骨转。现又返院化疗。现化疗七个病, 后续还需化疗六个病、手术、放疗加免疫, 费用巨大, 现爸爸一人工作2到3000一个月, 妈妈无工作全勤照顾孩子只给孩子买了新农合! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李淑嫻 2023年8月17日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 确诊: 神经节神经母细胞瘤: 确诊神经节神经母细胞瘤3年余, 我院化疗 医师签名: 邱 [REDACTED] 2023年8月24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: 王 [REDACTED] 2023年8月24日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万捌仟元整 负责人(签名): 葛 [REDACTED] 2023年9月4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: 袁昊宇 性别: 男 年龄: 7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 18,000 元（大写：人民币壹万捌仟元整），将作为袁昊宇的治疗费用。

受助人（监护人）: 李秋娟

电 话: [REDACTED]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: /

电 话: /

经办人: 周其玥

电 话: 13822279353

日 期: 2023年9月6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: 袁昊宇 性别:男 年龄:7岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号:055 住院号: 20170910

诊 断:1. 神经节神经母细胞瘤 2. 吞咽困难 3. 电解质紊乱

医嘱及建议: 患儿于2023. 07. 21至2023. 07. 26于我院血液肿瘤科（珠）住院治疗。

医师签名: 张晓红/邱琳/宫薇薇/蓝清华

日 期: 2023. 07. 26



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
照片

(核发单位加盖钢印)

核发单位: 遂溪县

发证日期: 2021年9月3日

户主姓名: 袁昊宇

身份证号: [REDACTED]

低保证编号: [REDACTED]

