

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: 2023607

申请日期: 2023年12月3日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	伍子铭	男	2017.07.29.			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	
复杂型先天性心脏病		广州医科大学附属第一医院		10万		
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
	伍天福	男	38	父子	驾校3-4千	
申请救助理由		因家庭经济困难, 治疗费用较高, 难以承担孩子全部医疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 伍天福 2023年12月3日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 复杂型先天性心脏病, 需手术治疗, 总费用需10万 住院医疗业务专用章 大坦沙10F南病区 医师签名: 李国同 23年12月14日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 10000 元。 (大写: 壹万零仟元整) 元角分 负责人签名: 谢少波 2023年12月18日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助伍子铭 (易暖项目) 负责人(签名): 易暖 2023年12月25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

(易娱公益项目)

病童姓名: 伍子銘 性别: 男 年龄: 6
病种: 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 伍子铭 的治疗费用。

受助人 (监护人): 伍天福

电 话: 13822279353

见证人 (记者/志愿者/捐赠方
代表等):

电 话:

经办人: 周其翔

电 话: 13822279353

日 期: 2023年12月26日



疾病诊断证明书

姓名：伍子铭

性别：男

年龄：6岁

住院号：0000656401

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为：

- *1. 先天性心脏病 双向格林术后
纠正性大动脉转位
右心室双出口
室间隔缺损
房间隔缺损
肺静脉连接部分异常
肺动脉狭窄

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：黄杰周

医务科（盖章）

日期：2023年12月14日



家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿伍子铭，性别男，
年龄6岁，是贵州省遵义市（州）汇川区县（区）汇川区乡
/镇（街道）汇川区村民小组（居委会），（父亲：伍天福母
亲： ）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：伍天福身份证号：

患儿母亲： 身份证号：

村委会/居委会盖章：



联系电话：

日期：2023年12月7日

