

附件 4:

广东省第二人民医院

“重大疾病”病患救助申请表

编号: 2024038 (省二医-三类病)

申请日期: 2023年11月22日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	周煌辉	男	2012.3.9	[REDACTED]	广东梅州	
	参加医保情况		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例: %			
所患疾病			治疗医院		预计医疗费用	
幼年特发性关节炎			广东省第二人民医院		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
	周永茂	男	55	父子	务农一年	[REDACTED]
	刘云珍	女	35	母子	务农一年6500元	
申请救助理由	我低保贫困户, 上有年老的母亲, 下有三个小孩, 都在读书, 小儿子因病长期服药治疗, 每年的费用要三、四万左右, 妻子是小儿佝偻症患者, 本人患有哮喘病 本人保证上述情况完全真实。家庭十分困难 申请人签名: 周永茂 2023年11月22日					
资助金额	建议给予医疗救助金 5000 元。 (大写: ⊗ 万 伍仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)					
医院填写	疾病诊断及治疗费用情况: 确诊“双侧股骨头坏死9年余”, 确诊幼年特发性关节炎(佝偻症) 因治疗生长发育严重迟缓, 治疗费用大费用较多, 申请救助。 医师签名: [REDACTED] 2023年11月22日 社会工作科意见: [REDACTED] 规划发展部意见: [REDACTED]					
广东公益恤孤助学促进会审批意见: 同意救助伍仟之整 负责人(签名): 高晓 2024.1.15. 年 月 日						



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“重大疾病”病患救助款收据

病人姓名: 周焯輝	性别: 男	年龄: 12
病种: 幼年特发性关节炎	治疗医院: 广东省第二人民医院	

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），将作为周焯辉的治疗费用。

受助人（监护人）: 周永兴

电话: [REDACTED]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: _____

电话: _____

经办人: 周其羽

电话: 13922279353

日期: 2024年2月24日

广东省第二人民医院

诊断证明书

证字第20240110Z934003号

姓名	周煌辉	性别	男	年龄	Y11	科别	风湿免疫科	住院号	
----	-----	----	---	----	-----	----	-------	-----	--

病史及简要诊疗工作:

患者因“反复关节肿痛、发热9年余，再发2天。”于2024-01-04在我院住院治疗。

诊断意见:

1. 幼年特发性关节炎（全身型）
2. 骨质疏松症
3. 生长矮小症
4. 窦性心律不齐

处理意见：详见出院小结。

广东省第二人民医院

医师:

2024年 01月 10日





核发单位: 兴宁市
 发证日期: 2022-11-08
 户主姓名: 周甘娣
 身份证号码: [REDACTED]
 低保证编号: [REDACTED]

户主姓名	周甘娣		
出生年月	1965-12-15	性别	女性
社保卡 (医保卡) 号码		民族	汉族
居住地址	兴宁市大环镇上河岭村委会万兴		
户籍地址	兴宁市大环镇上河岭村委会万兴		
低保证金 发放账号	[REDACTED]		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	周甘娣	本人	1160
	周金辉	孙子	无收入
	周金燕	孙女	无收入
	周金杰	外孙	无收入

	姓名	关系	身份证
家庭 成员 情况			
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:	

未及行請告知护士

晚睡

