

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: 2024364 (省二医-三类病)

申请日期: 2023年1月20日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	殷	男	2009.3.23		广州从化	
	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: 60%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
双下肢皮肌炎伴远端肌化		广东省第二人民医院		561年		
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
	殷	男	42	父子	经营农业 负债	
	江	女	42	母子	辅助农业 负债	
申请救助理由	<p>因所患疾病需要长期的治疗,而且用的药都是进口药,费用比较大,已无力承担医药费。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 江 2023年1月20日</p>					
资助金额	<p>建议给予医疗救助金5000元。</p> <p>(大写: <input checked="" type="checkbox"/>万 <input type="checkbox"/>仟 <input type="checkbox"/>佰 <input type="checkbox"/>拾 <input type="checkbox"/>元 <input type="checkbox"/>角 <input type="checkbox"/>分)</p>					
医院填写	<p>疾病诊断及治疗费用情况:</p> <p>患者因“双下肢乏力、皮疹、皮下钙化结节”于我科住院治疗,行药物及手术治疗费用较大,申请救助。</p> <p>医师签名: 2023年1月25日</p>					
	社会工作科意见:	<p>规划发展部意见:</p>				
<p>负责人签名盖章: 2023年1月25日</p>		<p>负责人签名: 2023年1月25日</p>				
<p>广东公益恤孤助学促进会审批意见: 资助5000元 (伍仟元整)</p> <p>负责人(签名): 梁树彬 2023年2月5日</p>						



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: 殷 [redacted] 性别: 男 年龄: 15  
病种: 幼年型皮肌炎及钙化 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), 将作为殷 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 殷 [redacted] 江 [redacted]

电话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电话: [redacted]

经办人: 周基明

电话: 13822279353

日期: 2024年7月16日

# 广东省第二人民医院

## 诊断证明书

证字第

号

姓名	殷	性别	男	年龄	14岁	科别	风湿免疫科	门诊号	
----	---	----	---	----	-----	----	-------	-----	--

电话

联系人电话

### 病史及简要诊疗工作:

患者因“双下肢乏力、皮疹、皮下钙化4年”于2024-01-23 16:58在我院就诊。

### 诊断意见:

1. 幼年皮炎 2. 广泛皮下钙化伴破溃 3. 皮下钙化包块切除术后

### 处理意见:

长期治疗, 加强伤口护理。

广东省第二人民医院

医师:

郑可峰

2024年 01月 23日



# 经济证明

兹有我村 [REDACTED] 村民殷 [REDACTED] (身份证号码：  
[REDACTED])，因在 2019 年确诊了幼年皮炎，一  
直积极配合医生的治疗，由于家庭经济条件所限，家庭储备  
早就用于本小孩的治疗，家庭收入只能维持基本生活，为了  
让小孩得到更好的治疗，恳请广东省第二人民医院给予帮助。  
特此证明

从化区城郊街东风村民委员会

2023 年 12 月 4 日



广东省第二人民医院  
管床护士：吕晓枫

护士长：潘霞  
联系电话：136-6020-1132

陈张刚

