

### 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: 2025023

申请日期: 2024年12月25日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	物	男	2023.11.1		广东省徐闻县		
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	肝母细胞瘤 恶性(高危)	广州市妇女儿童 医院	2024.9.20	580			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和 级别:
购买保险情况及报 销比例	<input type="checkbox"/> 新农合 _____%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 _____%	<input type="checkbox"/> 商业保险 _____%	<input type="checkbox"/> 其他保险 _____%	<input checked="" type="checkbox"/> 无		2025年有医保

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>42000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车 4、家庭困难类型: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲	物	35	正常	
	母亲	物	34	正常	

申请救助理由(请详细描述):

本人孩子患了肝母细胞瘤,目前家庭情况困难,已无法支持孩子的后期治疗,家庭的月收入仅3500元,只剩下母亲打工,母亲无业,还要照顾小孩,已花去十几万元,目前仅化疗三个疗程,后期还要手术,化疗等等。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 物 年 月 日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	1. 肝母细胞瘤, 预计此次费用6-8百元, 后续还需50万元
	医师签名:	游新宇 2024年12月26日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥20000 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分)
	负责人签名:	何靖雯 2024年12月26日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥20,000.00 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分)

负责人签名: 林锦洋 2025年1月13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: 杨 [redacted]	性别: 男	年龄: 14岁
病种: 肝母细胞瘤	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城院区)	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为杨 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): \_\_\_\_\_

电 话: \_\_\_\_\_

经办人: 周喜明

电 话: 13822279353

日 期: 2025年1月14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: 杨 性别: 男 年龄: 10月 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号: 住院号:

诊断: 1. 肝母细胞瘤 2. 肺炎 3. 听觉异常, 其他特指的(右侧听觉传导通路受损) 4. 吞咽困难

医嘱及建议: 患儿于至2024-09-30至2024-10-20在我院血液肿瘤病区(珠)住院治疗。

医师签名: 廖辉鹏 / 廖辉鹏

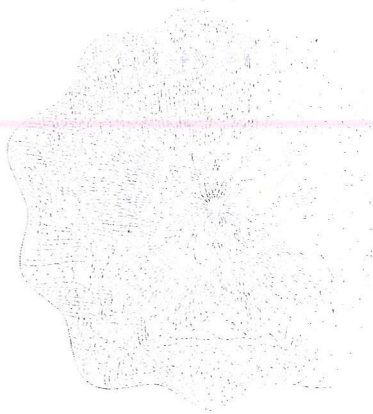
日期: 2024年10月20日 09:00:00



- 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。







户主  
照片  
(核发单位加盖钢印)



核发单位: 徐闻县

发证日期: 2024-12-05

户主姓名: 杨

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	杨	性别	男性
出生年月	2023-10-31	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	1
居住 地址	广东省湛江市		
户籍 地址	广东省湛江市		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	杨	本人	0

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:
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:

