

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: 2025197

申请日期: 2025年3月24日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李		男	2008.6.15			广东省廉江市	
	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
	横纹肌肉瘤 骨髓继发恶性肿瘤		广东省人民医院	2024.8.23	35万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别:
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	李	48	良				
	母亲	黄	50	良				
					1、抚养18岁以下儿童 / 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万-5万元 3、固定资产: / 套房子; / 辆摩托车; / 辆小车 4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
申请救助理由(请详细描述)	我们是农村普通家庭,夫妻是普通打工工人,收入不稳定,夫妻双方都是上80岁父母需要照顾,孩子生病后治疗费用大,目前我还要在医院照顾孩子,没有工作,没有一点收入,入不敷出,实在负担不起。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2025年 3月 24日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患11月恶性肿瘤确诊后化疗肺癌,横纹肌肉瘤,中晚这阶段,多次化疗,原发灶转移,治疗,手术治疗,治疗费用约35万元。							
	医师签名: 2025年 3月 24日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元(大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) 广东省人民医院 负责人签名: 2025年 3月 24日							
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥15,000.00 元(大写: 壹万伍仟零拾元零角一分) 负责人签名: 2025年 4月 27日 秘书处								



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: 李[模糊] 性别: 男 年龄: 16岁
病种: 颅底恶性肿瘤 治疗医院: 省人民医院
胚胎型横纹肌肉瘤

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币 壹万伍仟元整), 将作为李[模糊]的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄[模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年4月28日



疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科

姓名： 李承

性别： 男性 年龄： 16岁

入院日期： 2025-04-21

出院日期：

处理意见：

入院完善相关检查，按计划予长春新碱2mg静脉输注，过程顺利。

编号： 10017810000005BIZ00K

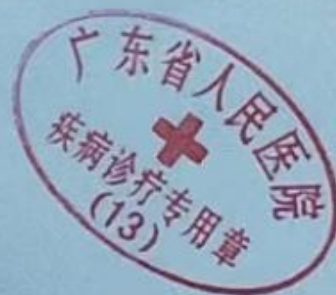
住院号(门诊号)：

诊断：

1. 恶性肿瘤维持性化学治疗；2. 颅底恶性肿瘤——胚胎型横纹肌肉瘤，中枢侵犯组

医嘱：

住院治疗。



复诊建议：

医师：

张进芳

日期：

2025年04月21日

注：

1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

廉江市吉水镇吉水村民委员会

电话：(0759) 6897400

证明

广东省人民医院惠福分院：

现有吉水村委会李胜坡村村民李[REDACTED] 身份证号码[REDACTED]，因患有颅底交界性肿瘤在医院接受治疗，其母亲目前专门陪护，无经济来源收入，父亲李[REDACTED]是家中唯一收入来源，家中还有爷爷奶奶需要照顾，目前在医院治疗费用较大，现阶段因李[REDACTED]患有大病导致家庭经济负担较大，生活困难，情况属实，望您院给予扶持，谢谢。

特此证明

吉水镇吉水村民委员会

经办人：

朱华婷

2025年2月28日



若用插座，请勿使用

氧气出口，请勿

氧气

LINK

RHYTHM
(S:20)