

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: 2025206温暖1669号

申请日期: 2025年4月18日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	男		男	2021.12.13			广西桂林	
	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
	粘多糖贮积症		广州市妇女儿童医院	2024.4.15	40万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	男	50	健康				
	母亲	唐	41	健康				
1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>0</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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): 因患有粘多糖贮积症需干细胞移植。家庭比较困难，弟弟上面有个哥哥也是同病因，此前也到处求医未果花费也很多。2024年初发现弟弟病因也到处求医，已花费到外就医。保证上述情况完全真实。 申请人签名: 男 2025年4月18日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 粘多糖贮积症 2024年4月入院治疗，费用约20000元							
	医师签名: 男 2025年4月21日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥15000 元 (大写: 壹万伍仟元整) (分) 负责人签名: 何靖安 4月22日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥30,000.00 元 (大写: 叁万圆整) (分) 负责人签名: 林锦屏 2025年5月6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:	尹[REDACTED]	性别:	男	年龄:	4
病种:	糖尿病酮症酸中毒				
治疗医院:	广州医科大学妇女儿童医疗中心				

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），将作为尹[REDACTED]的治疗费用。

受助人（监护人）: 尹[REDACTED]

电 话: [REDACTED]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: _____

电 话: _____

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年5月7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：尹 性别：男 年龄：4岁 科别：珠-血液肿瘤科2组 床号： 住院号：

诊断：

粘多糖贮积病II型

医嘱及建议：患儿诊断粘多糖贮积症，于2025-4-9至我院住院治疗，拟行造血干细胞移植。

医师签名：江华 / 张博

日期：2025-04-14 12:03:42

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。



证明

兹证明 尹 (身份证号码: 家庭住址: 广西兴安县兴安镇城郊自治),

家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2024年06月01日

该证明开具日期为2025年04月07日, 自开具日期起有效期为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	尹		04月	2024年06月01日
2	尹		04月	2024年06月01日
3	尹		04月	2024年06月01日
4	唐		04月	2024年06月01日



