

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: 2025307

申请日期: 2025年 6月 11日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	梁		男	2016.12.			广东省高州市	
	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
	小脑蚓部无性肿瘤 髓母细胞瘤		南方珠江医院	2025.4.10	30-40万			☒ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: 肢体二级
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 55%	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 3 名;		
	父亲	梁	37	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 2~3万 元		
	母亲	张	34	良好		3、固定资产: 无 套房子; 无 辆摩托车; 无 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)		由于2025.4.10确诊了髓母细胞瘤, 治疗费用高昂, 家庭收入微薄, 每次化疗费用达上万元, 已花费所有积蓄, 负债累累, 后续花费更大, 目前才结束化疗第二疗程, 后续还有放疗, 继续化疗, 到十疗程, 无力承担后续治疗, 希望各爱心人士救助一下, 谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2025年 6月 11日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 脑干胶质瘤(低级别, group4, 高危) 颅内转移 后复查							
	医师签名: 155号 2025年 6月 11日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2025年 6月 12日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰 万 伍 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2025年 6月 23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：梁 性别：男 年龄：8岁
病种：小脑蚓部髓母细胞瘤 治疗医院：南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元（大写：人民币贰万伍仟元），将作为梁 的治疗费用。

受助人（监护人）：梁

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：

电 话：

经办人：周基峰

电 话：18924052214

日 期：2025年6月25日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：梁 科室：小儿血液科病区 床号： ID号 住院号

科别：小儿血液科病区	入院日期：2025年06月11日 出院日期：
检查结果： 诊断意见： 1. 髓母细胞瘤化学治疗；2. 小脑蚓部髓母细胞瘤（经典型，Group4，高危，颅内转移）；3. 梗阻性脑积水 处理意见：住院治疗。 医生签名： 日期：2025年06月11日	

签发单位：（盖章）



情况说明

兹有高州市深镇镇 村民梁 男，
身份证号码 ，生育了三个小孩，
是河口村低收入多子女困难家庭，情况属实，特此说明！

高州市深镇镇河口村民委员会

2025年5月27日



