

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: 2025308

申请日期 2025 年 6 月 1 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	毛		男	2025.1.25			清远市连平县	
	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
	先天性房间隔缺损(B型)先天性心脏病		中国人民解放军南部战区总医院	2025.1.26	8万		/	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 1 名;			
	父亲 毛	22	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 40000 元			
	母亲 杨	20	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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): 因家庭经济困难,家庭无固定收入来源,现因孩子患上先天性心脏病,先天性房间隔缺损(B型)房间隔缺损(继发孔型)无法承担巨额医疗费用,现申请重症病童救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 毛 2025 年 3 月 26 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):							
	先天性房间隔缺损(B型)房间隔缺损(继发孔型) 手术费8万							
	医师签名: 张 2025 年 6 月 10 日							
医院意见(盖章):								
建议给予医疗救助金 10000 元(大写: 壹万 仟 零 佰 拾 元 零 角 零 分)								
负责人签名: 张 2025 年 6 月 10 日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 5,000.00 元(大写: 五 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分)								
负责人签名: 孙 2025 年 6 月 10 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: 毛 性别: 男 年龄: 0岁4个月
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 中国人民解放军南部战区总医院

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), 将作为毛 的治疗费用。

受助人 (监护人): 毛

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 18924052214

日 期: 2025年6月25日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 毛 科室: 心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号:

诊断证明

姓名: 毛 出生日期: 2025-01-25 性别: 男 科室: 心胸外科心外病区 床号

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2025-06-06 住院天数: 共住院4天

病情摘要: 患儿因“出生后紫绀4月”入院。查心脏超声检查提示“右室双出口(SDD)、完全型心内膜垫缺损(A型)、肺动脉及肺动脉瓣狭窄、房间隔缺损(中央型)、共同房室瓣向右房反流(中量)”。拟手术治疗。

当前诊断: 1. 完全型心内膜垫缺损 2. 共同房室瓣返流 3. 右室双出口(SDD) 4. 肺动脉狭窄 5. 房间隔缺损 6. 肺动脉高压 7. 心功能IV级。

医生意见: 手术治疗

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 林曦/欧阳发
2025-06-10 17:38

南部战区总医院
(诊断专用章)



住院服务满意度调查

困难证明

兹新华村二组村民毛 [REDACTED] 男，彝族，身份证号：
[REDACTED]，与杨 [REDACTED] 女，汉族，身份证号：
[REDACTED] 于 2024 年 3 月结婚，现育有一孩毛
[REDACTED] 身份证号为：[REDACTED] 经昆明市儿童医院
认定为（完全性房室间隔缺损 B 型病）先天性心脏病，该户
在我村属困难户，情况属实。

特此证明

新华村民委员会
2025 年 3 月 21 日



