

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: 2025314

申请日期: 2025 年 5 月 21 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	蔡		女	2015.12.18			广东省普宁市流沙镇	
	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
	先天性心脏病		普宁市人民医院	2025.3	500			☐ 是 ☒ 否
	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	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	1、抚养 18 岁以下儿童 5 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 45000 元 3、固定资产: 1 套房子; 2 辆摩托车; 1 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			
	父亲	38	健康					
	母亲	36	健康					
申请救助理由 (请详细描述)	老人医疗费用及子女上学费用等日常开支已对家庭造成压力, 家庭开支巨大, 现患儿又患上先天性心脏病, 更加加重家庭负担。 以上信息, 承诺真实, 恳请有关部门给予相关补助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蔡 2025 年 5 月 21 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用):							
	普宁市人民医院 预计总费用 5000 元 医师签名: 蔡 2025 年 5 月 21 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元 (大写: 五千元 伍佰元 拾元 零角 零分) 负责人签名: 王 2025 年 5 月 21 日							
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五千元 伍佰元 拾元 零角 零分) 负责人签名: 王 2025 年 6 月 3 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: 蔡	性别: 女	年龄: 9
病种: 先天性房间隔缺损 治疗医院: 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), 将作为蔡 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡

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: 2015 年 7 月 1 日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：蔡 科室：心胸外科心外病区 床号： ID号 住院号

诊断证明

姓名：蔡 出生日期：2015-12-18 性别：女 科室：心胸外科心外病区 床号

单位： 身份：一般人员

入院日期：2025-06-22

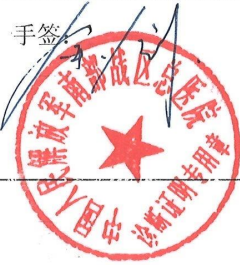
病情摘要：患者因“体检发现房间隔缺损3月余”入院。

当前诊断：1. 先天性心脏病 1.1 房间隔缺损 1.2 心功能II级

医生意见：住院手术治疗。

医院地址：广东省广州市流花路111号

经治医师：余剑 手签
2025-06-23
南部战区总医院
(诊断专用章)



普宁市麒麟镇南陇村村民委员会



证明

兹有我村村民蔡 女，身份证号码： 父亲
蔡 男，身份证号码： ；在家务农。母亲 女，
身份证号码： 在家主妇。蔡 与张 共生
育 5 个子女，全家靠父亲蔡 务农维持其基本生活，家庭经济收入
低，生活困难，情况属实。

特此证明



