

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: 2025227

申请日期: 2025年 6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	
	刘		男	2024.9.22			湖南	
	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
	神经母细胞瘤		珠江医院	2025.4.25	30万左右			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☐ 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 <u>2</u> 名; <u>54万</u> 元		
	父亲	刘	36	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） _____ 元		
	母亲	胡	28	良好		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</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）	刘 于2025年4月25日在南方医科大学珠江医院进行肺肿物穿刺组织确诊神经母细胞瘤，现已化疗两个疗程，后续还需手术化疗，费用高昂。现家中就一个劳动力，老大还要上学，家里两个老人年龄已大，现老二还要看病，家庭经济困难望能申请到重病救助基金减轻点压力。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 胡 2025年 6月 24日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿于2025年4月25日确诊为神经母细胞瘤（右肾上腺，恶性），于我院规律化疗，择期手术治疗，预计需治疗费用60万。 医师签名: 朱春伟 2025年 6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） 负责人签名: 梁栋树 2025年 6月 24日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 梁栋树 2025年 7月 17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: 刘 [redacted] 性别: 男 年龄: 9月龄十
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 广州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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为刘 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 胡 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 周其明

电 话: 18924052214

日 期: 2015年7月8日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：刘

科室：小儿肿瘤科病区

床号

ID号

住院号

科别：小儿肿瘤科病区

入院日期：2025年05月24日

出院日期：2025年06月20日

检查结果： -

诊断意见：

1. 外周神经母细胞瘤化学治疗；2. 脓毒血症（藤黄微球菌感染）；3. 肺炎；4. 感染性发热；5. 粒细胞缺乏；6. 继发性血小板减少；7. 药物性肝损害；8. 外周神经母细胞瘤（右上肺，极低危）；9. 卵圆孔型未闭（左向右分流）；10. 继发性血小板增多症

处理意见：住院治疗。

医生签名：

日期：2025年06月20日

签发单位：（盖章）

证 明

兹证明刘 [REDACTED] 身份证号：[REDACTED]，家
庭住址：湖南省沅江市漉湖事务中心 [REDACTED] 为农村
低保救助对象。

开始享受日期为：2025 年 5 月 15 日

该证明开具时间为 2025 年 5 月 28 日，自开具日期起有
效期为 6 个月。



