

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: 2025351

申请日期: 2025 年 5 月 26 日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	陈		女	20200211			广东省 陆丰市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	先天性胆管性肝血管瘤 甲状腺功能低		中山附 属第一医院	2020年4月	60万		
病 童 家 庭 情 况	购买保险情况及报 销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 2 万 元 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	
	父亲	陈	42	健康			
	母亲	袁	37	健康			
申请救助理由（请详细描述） 因孩子出生患先天性胆管性肝血管瘤，甲状腺功能低，治疗至今有5年余，费用支出，家庭经济负担重，基本生活出现困难，现在医院保守治疗等待肝源移植，后期费用需用约60万—70万元，现向广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请医疗救助金 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025 年 5 月 26 日							
医院填写 疾病诊断及治疗（费用）: 患儿确诊肝血管瘤（化疗+手术+介入治疗），肝功能不全，腹水，营养不良等。目前计划控制肿瘤，改善肝功能状况等，后续需移植，预计费用需60万元。 医师签名: 张桂玲 2025 年 5 月 26 日 医院意见（盖章）: 情况属实，请予救助为盼。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 苏红 2025 年 5 月 26 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 零 仟 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 孙锐 2025 年 6 月 9 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: 陈 性别: 女 年龄: 5.
病种: 肝血管瘤 肝功能损害 治疗医院: 中山大学附属第一医院

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

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 15 日



中山大学附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：陈

科别：器官移植科一区

床号

住院号

住院患者情况说明

姓名：陈

性别：女 年龄：5岁5 科别：器官移植科一区

住院号

目前诊断：肝血管瘤

腹水

肝功能损害

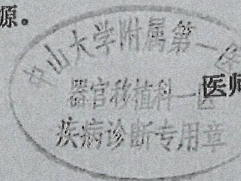
儿童高血压（II级）

肝脏部分切除术后

胆囊切除术后

甲状腺功能减低症

入院情况及诊疗经过：患儿因“发现肝血管瘤5年余，腹胀1周”，入院后予以抗感染、腹水引流、激素抗炎、雷帕鸣片治疗原发病、护肝等治疗，2025-07-08从心儿科转入器官移植科。患儿有肝移植手术指征，转入后予以对症支持治疗，等待肝源。



医师签名：

2025年07月09日

家庭经济情况说明

兹有我社区（村委会）居民（村民）陈（监护人名字），身份证号 家庭住址 广东省陆丰市
城东乾，家庭人口共 6 人，家庭年收入为 2万 元。其
子 陈（申请救助儿童姓名），身份证号
患有 肝血管瘤 疾病，已在 中山大学附属第一医院（医院
名称）接受治疗。因孩子治疗费用支出，家庭经济负担重，
基本生活出现困难，现向 广东公益恤孤助学促进会重
症病童救助申请医疗救助金

以上所述属实，特此说明。

村（居）委会所在地：广东省陆丰市城东乾（街
道）

村（居）委会经办人签字：

联系电话号码：

（盖章）

2025年5月20日

