

# 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: 2025364

申请日期: 2025 年 7 月 8 日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                      |   |                                        |                                                  |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 姓名                                                                                   |   | 性别                                     | 出生年月                                             | 身份证号码                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 户籍所在地                      |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 邓                                                                                    |   | 男                                      | 2017.10.01                                       |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 广西桂林全州县                    |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 髓母细胞瘤                                                                                |   | 珠江医院                                   | 2025.3.28                                        | 30 万                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 购买保险情况及报销比例                                                                          |   | <input type="checkbox"/> 新农合<br>_____% | <input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民<br>55 % | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>_____% | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>_____%                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 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;<br>2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>5 万</u> 元<br>3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小汽车<br>4、家庭困难类型:<br><input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |                            |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 父亲                                                                                   | 邓 | 47                                     | 良好                                               |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 母亲                                                                                   | 唐 | 42                                     | 良好                                               |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                                                                  |
| 申请救助理由（请详细描述）：<br>我儿子邓 2 月 25 日前往桂林中医院治疗，3 月 4 日转往桂林南溪山医院，3 月 12 日再转至广州南方医科大学珠江医院，治疗至今，3 月 28 日确诊患有小脑髓母细胞瘤（经典型，Group 3，M3，高危）还有脑积水、症状性癫痫（继发性癫痫）等多种病症。为了照顾孩子，我无法再外出务工，整个家庭完全依靠丈夫一人的工资收入苦苦支撑。因孩子病情复杂、严重，目前仍不能手术，且所需时间更长，再加上是远赴异地治疗，除了各种化疗、放疗、自体干细胞移植、药物、康复、复查等费用之外，还有交通、房租，开支庞大，初步估计费用不下 30 万。这一切，对于我们这样普通的家庭来说，是灾难性的，特此申请救助，不胜感激！<br>本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 邓 2025 年 7 月 8 日 |                                                                                      |   |                                        |                                                  |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                                                                  |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 疾病诊断及治疗（费用）： 患儿诊断为高危髓母细胞瘤，需放疗及规律化疗。<br>治疗费用需 30 万元左右。                                |   |                                        |                                                  |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 医师签名: 赖为芳 2025 年 7 月 8 日                                                             |   |                                        |                                                  |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 医院意见（盖章）：<br>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁 万 零 零 拾 零 元 零 角 零 分）<br>负责人签名: 2025 年 7 月 8 日 |   |                                        |                                                  |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                                                                  |
| 广东公益恤孤助学促进会意见：<br>同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写: 贰 万 零 零 拾 零 元 零 角 零 分）<br>负责人签名: 2025 年 7 月 21 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：邓 [redacted] 性别：男 年龄：7  
病种：小脑髓母细胞瘤 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 20,000 元（大写：人民币贰万元整），将作为邓 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）： [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： [redacted]

电 话： [redacted]

日 期：2015 年 7 月 22 日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：邓

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05月12日

出院日期：2025年05月20日

检查结果：

诊断意见：

1. 髓母细胞瘤化疗治疗；2. 髓母细胞瘤（经典型，Group3，M3，高危）；3. 脑积水；4. 症状性癫痫[继发性癫痫]；5. 化疗后骨髓抑制

处理意见：住院治疗。

医生签名：

赖育蓉

日期：2025年05月20日

签发单位：（盖章）



## 证明

兹证明 邓 (身份证号码: )

家庭住址: 广西全州县全州镇 )

为城市低保救助对象。

开始享受日期为: 2025年05月01日

该证明开具日期为2025年05月30日, 自开具日期起有效期  
为 6 个月。



