

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: 2025438

申请日期: 2025 年 8 月 13 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	姚		男	2025.2.14			广东汕头	
	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
	肺炎变等		广州医科大学 附属妇女儿童 医院中心	2025.6.5	10万		/	☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报 销比例		☒ 新农合 40 %	☐ 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>3</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>60000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</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		
	父亲	姚	男	良好				
	母亲	李	女	良好				
申请救助理由 (请详细描述)	因小孩从2025年6月5日开始住院,在外院总花费2万2千,现在广妇儿医院花费6万6千,后续费用比较高,难以承担,现申请救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 姚 2025 年 8 月 13 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 目前诊断肺炎变、奇异性杆菌感染,1次1000分程菌感染,治疗时间长,预计费用10万 医师签名: 陈号 2025 年 8 月 14 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元 (大写: 壹万 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2025 年 8 月 14 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10000 元 (大写: 壹万 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 梁树标 2025 年 8 月 25 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：姚 性别：男 年龄：6月
病种：重症肺炎 肺实变 治疗医院：广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元（大写：人民币壹万元整），将作为姚 的治疗费用。

受助人（监护人）：李

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： /

电 话： /

经办人：林信福

电 话：18924052214

日 期：2025年8月26日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名：姚 性别：男 年龄：4月 科别：增-呼吸科1组 床号 住院号

诊断：1. 肺实变 2. 奇异变形杆菌感染 3. 脓肿分支杆菌感染 4. 胃扭转 5. 免疫缺陷，待查 6. 胃肠功能紊乱 7. 尿布皮炎

医嘱及建议：患儿2025-06-20至今在我院增城院区呼吸科1组住院治疗，特此声明。

医师签名：林琳

日期：2025/8/13 10:53:33

注：1、未经盖章，签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明，不得作其它证明使用。



汕头市潮阳区海门镇莲峰社区居民委员会

家庭经济情况说明

兹有我社区居民姚 [REDACTED] 身份证号：
[REDACTED] 家庭住址：广东省汕头市潮阳区海门
镇莲峰 [REDACTED] 家庭人口共 5 人，家庭年收入年
约 6 万元。其子姚 [REDACTED]（申请救助儿童姓名），身份证
号 [REDACTED] 患有重症肺炎，肺实变疾病，已
在广州医科大学附属妇女儿童医疗中心医院接受治疗。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
申请救助基金。

情况属实，特此证明。

汕头市潮阳区海门镇莲峰社区居民委员会

2025 年 8 月 12 日



