

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: 2025449

申请日期: 2025年7月25日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李		女	2021年12月7日			广东梅州市梅县区	
	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		广州医科大学 附属妇女儿童 医疗中心	2025.1.20	100万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别: /
购买保险情况及报 销比例		☐ 新农合 _____%		☒ 城镇居民 ____60____%	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 无	
病童家庭 情况	姓名		年龄	健康状况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>3-4万</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	李	36	良好				
	母亲	谢	40	良好				
申请救助理由(请详细描述)	本人小女儿李 确诊神经母细胞瘤, 高危组, 自确诊半年一直没有工作收入, 治疗费用差不多100万 等, 望贵基金申请救助, 本人所填写内容全部属实。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谢 2025年 7 月 25 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 神经母细胞瘤(高危组), 手术, 化疗, 共计50万元							
	医师签名: 叶打主 2025年 7 月 25 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥21200 元 (大写: 贰万 壹千 贰百 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何端皮 慈善基金会审批专用章 2025年 8 月 12 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥10,000 元 (大写: 壹万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 梁栋彬 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: 李 性别: 女 年龄: 3岁8个月
病种: 神经母细胞肿瘤 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

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), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 谢

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2025 年 8 月 28 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: 李 性别: 女 年龄: 3岁 科别: 增-肿瘤外科1组 床号: 住院号:

诊 断: 1. 转移性神经节神经母细胞瘤

医嘱及建议: 患儿2025-6-17至今于我科住院治疗。特此证明!

医师签名: 杨天佑/杨纪亮/叶梓杰 叶梓杰

日期: 2025/8/6 14:43:44

- 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。



梅县区松口镇松郊村委会

证 明

兹有广东省梅州市梅县区松口镇松郊村
村民患儿李 身份证
患腹膜后恶性肿瘤(转移性神经母细胞瘤, 高危组)
疾病, 性别女, 年龄三岁7个月。因治疗费用高昂,
家庭收入较低, 难以承担患儿全部医疗费用, 现向
基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲: 李

患儿母亲: 谢

情况属实

特此证明

广东省梅州市梅县区松口镇松郊村民委员会

2025年8月4日



