

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: 2025466

申请日期: 2025 年 9 月 4 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	江		男	2017年4月			广东省五华县	
	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
	肺动脉瓣狭窄		广东省中医院 增城分院	8月4日 2025年	300000			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
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		
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 4 名;		
	父亲	江	39	一般		2、家庭年收入（不含政府补贴） 24000 元 固定资产: 一套房子; 一辆摩托车; 无辆小车		
	母亲	刘	34	一般		1、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）		家中共8口人，父母年迈多病，爸爸患有脑梗导致手脚不便，妈妈也是患有高血压以及多种慢性病，四个子女尚未成年还在上学，老大15岁在读初二，老二12岁在读五年级，老三患有先天性心脏病，最小的还在读幼儿园，老婆没有工作，在家带孩子照顾两位老人，仅靠我一个人的工资维持生计，每个月的工资都入不敷出，几年来欠债10多万，家庭经济困难 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 江 2025 年 9 月 4 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 肺动脉瓣狭窄、室间隔缺损、先天性心脏病、手术费、药费、检查费等，共约30000元。 医师签名: 2025 年 9 月 4 日							
	医院意见（盖章）: 广东省中医院 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: 2025 年 9 月 4 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 2025 年 9 月 8 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:	江	性别:	男	年龄:	8
病种:	肺动脉瓣狭窄重度				
治疗医院:	广东省中医院(大学城)				

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), 将作为江 的治疗费用。

受助人 (监护人): 江

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林作韶

电 话: 18924052214

日 期: 2025年9月9日

诊断证明

患者江 住院号 身份证号 2025

年8月4日在我院住院诊治。目前诊断：肺动脉瓣狭窄。特此证明！

主治医师：黄伯湘

广东省中医院大学城医院心胸外科

2025年8月20日

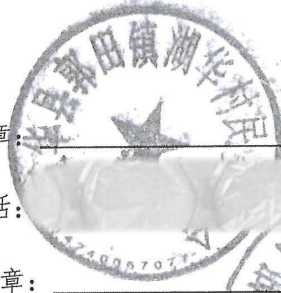
家庭情况说明

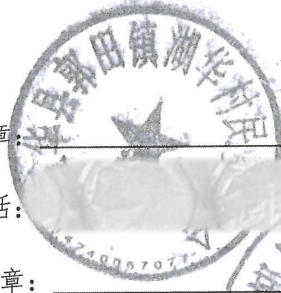
兹有先天性心脏病患儿 江，性别 男，年龄 9，是
省(区、市) 梅州 市(州) 五华 县(区) 郭田 乡镇(街道) 五湖华 村
民小组(居委会)，(父亲: 江 母亲: 刘) 村民(居民)的儿子 / 女
儿。患儿需要接受手术治疗，因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，希
望相关慈善组织提供经济上的爱心资助。

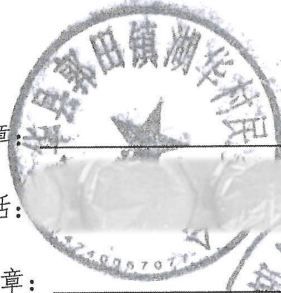
患儿父亲: 江 身份证号

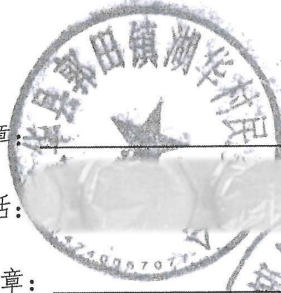
患儿母亲: 刘 身份证号

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章: 

联系电话: 

乡(镇)政府/街道办事处盖章: 

联系电话: 

日期: 2025 年 9 月 4 日

