

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: 2025181

申请日期: 2025 年 9 月 2 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林		女	2023年10月			广东·广州	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号	
	神经母细胞瘤		中山大学附属第一医院	2025年5月	50万			
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ____ %	☐ 城镇居民 ____ %	☐ 商业保险 ____ %	☐ 其他保险 ____ %	是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /	
申请救助理由（请详细描述）	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 ____ 名; (1个半中)			
	父亲	林	33	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 48000 元		
医院填写	母亲	张	31	良好		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 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			
孩子现仅1岁10个月，自5月确诊后，我们一家便开始了艰难求医路。高昂的医药费和我们每月自费检查已让我们掏空积蓄。屋漏偏逢连夜雨，孩子确诊时，恰逢得知怀上二宝，在精神和经济压力下，二宝有流产需保胎，同时兼顾照顾大宝，我被迫中断工作，目前仅靠孩子父亲一个工资苦苦支撑。后续治疗手术十数万，总费用50万以上，孩子年幼却要承受巨大痛苦，我们为父母绝不放弃，二宝还要跟姐姐一起快乐长大。本人保证上述情况完全真实。恩济基金会施以援手，万分感谢！ 申请人签名: 恩济基金会 2025 年 9 月 2 日								
疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断“神经母细胞瘤”明确，需行手术及术前、术后化疗，预计费用约50万元。 医师签名: 何香芳 2025 年 9 月 2 日 医院意见（盖章）: 情况属实，建议予以救助为盼。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 佰 元 正） 负责人签名: 黄和彬 2025 年 9 月 2 日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ (15,000.00) 元（大写: 壹万 伍仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分）（善及呼吸 及计划） 负责人签名: 何香芳 2025 年 9 月 2 日 秘书处								



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

(普及深呼吸共愈计划)

病童姓名：林 [REDACTED] 性别：女 年龄：1岁10个月
病种：神经母细胞瘤 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 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元），将作为林 [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： 18924052214

日 期： 2025年 9月 11日



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

姓名：林

科别：心儿科及结构心病区

床号

住院号

出院患者疾病证明书

姓名：林 性别：女 年龄：1岁 出院科别：心儿科及结构心病住院号

入院日期：2025年07月18日 出院日期：2025年07月21日

出院诊断：1. 神经母细胞瘤，2. 恶性肿瘤化疗，3. 感染性发热，4. 左室扩大，5. 心包积液（微量），6. 贫血（中度）

入院情况及诊疗经过：详见出院记录。

医师：

林约瑟 / 何秀芳

2025年07月21日



证明

兹有我广东省广州市越秀区矿泉街瑶台村第九经济合作社居民林 性别：男，身份证号 其女儿林 身份证号 经中山大学附属第一医院诊断，患有：恶性肿瘤神经母细胞瘤，需进行化疗及切除手术，费用巨大有困难，望有关部门及人事给予帮助为盼。

特此证明。

广州市越秀区矿泉街瑶台村第九经济合作社



2025年8月20日

