

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: 2025517

申请日期: 2025 年 9 月 18 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	马		男	2009.2.7			广东省汕头市潮南区
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	肾病		珠江医院	2023	30万元		
	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	马	43	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 6 万 元	
	母亲	许	42	良好		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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	
申请救助理由（请详细描述）		这是第二次肾移植。家里经济困难。因为救我儿到处借债。已欠债 20 几万。四个小孩。一个重病。3 个上学。上有爷爷奶奶全部要养。爸爸月入 6 千。妈妈带孩子。家庭主妇无法本做。爸爸压力好大。一个人要养一家人。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 许 2025 年 9 月 18 日					
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 二次肾移植手术需 20 万元。						
	医师签名:		2025 年 9 月 18 日				
	医院意见（盖章）:						
建议给予医疗救助金 ¥ 30,000 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 22 日					
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ 30,000.00 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 28 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

病童姓名: 马	性别: 男	年龄: 16
病种: 二次肾移植	治疗医院: 南方珠江医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元（大写：人民币叁万元整），将作为马 的治疗费用。

受助人（监护人）: 许

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林伟的

电 话: 18924052214

日 期: 2025年9月29日

南方医科大学珠江医院

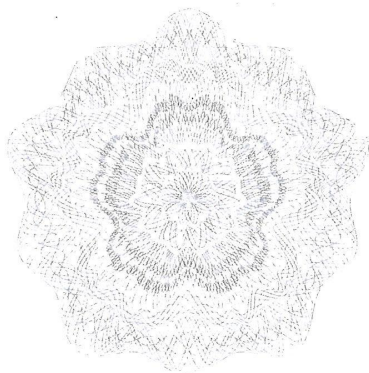
诊断证明书

姓名：马 科室：器官移植中心病区 床号 ID号 住院号

科别：器官移植中心病区	入院日期：2025年09月05日 出院日期：
检查结果： 详见住院病历	
诊断意见： 1. 免疫抑制宿主性肺炎；2. 异体肾移植状态；3. 1型糖尿病	
处理意见： 住院治疗	
医生签名： 	
日期：2025年09月18日	

签发单位：（盖章）





核发单位: 汕头市潮南区民政局
发证日期: 2024年1月
户主姓名: _____
身份证号码: _____
低保证编号: _____

户主姓名	马	性别	男
出生年月	2009年2月	民族	
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	1
居住地址			
户籍地址			
低保资金 发放账号	145002		
家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	0	

家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
	0	0	
	0	0	
	0	0	
	0	0	
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

