

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: 2025522

申请日期: 2025 年 09 月 08 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	吴		男	2021.4.11			广东省惠来县
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	肾母转移性恶性肿瘤		广州市妇女儿童医疗中心增城院区	2025.4.12	50万元		
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 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 吴	60	是		2、家庭年收入（不含政府补贴） 5.4 万元		
	母亲 郑	40	是		3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车		
申请救助理由（请详细描述）	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						
	因孩子生病需要较长时间住院治疗,需要陪护没有办法正常上班,导致收入锐减.孩子治病花费巨大家庭无力承担,所以想要申请救助基金用于孩子的治疗。						
医院填写	本人保证上述情况完全真实。						
	申请人签名: 郑 2025 年 09 月 08 日						
	疾病诊断及治疗（费用）: 1. 转移性肾母细胞瘤 费用: 50 万元 需综合治疗（手术、化疗、后期随访、化疗） 医师签名: 廖玉明 2025 年 09 月 08 日						
	医院意见（盖章）:						
建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写: 贰万 零 千 零 百 零 拾 元 角 分）							
负责人签名: 何靖雯 2025 年 9 月 23 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 千 零 百 零 拾 元 零 角 零 分）							
负责人签名: 何靖雯 2025 年 9 月 28 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

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 吳 性别: 男 年龄: 4
病种: 转移性肾母细胞瘤 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

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), 将作为吳 的治疗费用。

受助人 (监护人): 郑

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林伟强

电 话: 18924052214

日 期: 2025年9月30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: 吴 性别: 男 年龄: 4岁 科别: 增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断: 1. 转移性肾母细胞瘤 2. 肝继发恶性肿瘤 3. 肺继发恶性肿瘤 4. 为肿瘤化学治疗疗程 5. 分叶肾、融合肾和马蹄形肾

医嘱及建议:

患儿2025-06-17至2025-06-19于我科住院治疗, 特此证明!

医师签名: 杨天佑/杨纪亮/李海涛/常嘉明/徐海莹

日期: 2025年06月19日 09:10:09

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。

杨天佑



户主
照片
(核发单位加盖钢印)

核发单位: 惠来县
 发证日期: 2025-07-07
 户主姓名: 吴
 身份证号码:
 低保证编号:



户主姓名	吴	性别	男性		
出生年月	1986-04	民族	汉族		
社保卡 (医保卡) 号码		年龄	6		
居住地址	广东省惠来县河林乡				
户籍地址	广东省揭阳市惠来县惠城镇				
低保资金 发放账号					
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入		
	吴	本人	2490		
	郑	配偶	0		
	吴	子	0		
	吴	子	0		
	吴	女	0		
	吴	女	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: <u> </u>	姓名: <u> </u>
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: <u> </u>	姓名: <u> </u>

