

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: 2025649

申请日期: 2025 年 11 月 27 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		女	2017.5.12			广东省梅州市	
	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
	肺出血		广州市妇女儿童医疗中心	2025.11.24	10万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
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 1 名;		
	父亲	张	31	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 35000 元		
	母亲	/	/	/	/	3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 2 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）		本人张 31 岁，家住五华县华城镇。一直以来经济不算富裕，我女儿被查出肺出血、血管畸形需介入治疗，目前已花费 4 万左右，后续费用需 10 万左右。望贵单位予以支持。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2025 年 11 月 27 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 肺出血; 支气管肺动脉瘘; 贫血; 呼吸衰竭。治疗包括: 输血、呼吸机辅助通气、抗感染、介入手术、支气管镜下探查+灌洗。费用共计 10 万元							
	医师签名: 朱怡娴 2025 年 12 月 02 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元（大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖雯 2025 年 12 月 3 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 林书处 2025 年 12 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: 张 [redacted] 性别: 女 年龄: 8岁
病种: 肺出血, 治疗医院: 广州市妇女儿童医院(增城院区)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为张 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张 [redacted]

电 话 [redacted]

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12月9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: 张 性别: 女 年龄: 8岁 科别: 增-PICU2组 床号 住院号

诊断: 1. 肺出血 2. 支气管肺炎 3. 呼吸衰竭 4. 贫血

医嘱及建议: 患儿2025. 11. 24-至今于我院增城PICU住院治疗。

医师签名: 梁宇峰/党润/肖子强

日期: 2025-11-29 10:05:45



- 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。

五华县华城镇满堂村民委员会

电话

证 明

兹有我村村民张 女，身份证号
码 父亲张
身份证号码 母亲
王 已离家出走多年，无法联系，事实
上的单亲家庭，张 长期在家务农，无
固定工作，家庭无固定经济收入，生活比
较困难。请贵单位给予支持帮助。
特此证明

五华县华城镇满堂村民委员会

2025年11月26日

张

