

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:

2025651

申请日期: 2025 年 11 月 19 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	平		男	2022.10.31			广东省云浮市	
	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
	神经母细胞瘤		个州妇幼保健院	2025.6.21	100万		/	☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 65%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别: /
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 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 40000 元 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		
	父亲	平	28	良好				
	母亲	姚	29	良好				
申请救助理由 (请详细描述)		2025年6月21日在个州妇幼保健院越秀院区确诊神经母细胞瘤四期高危。前期基因检测、派CT、感染、化疗、手术费用加上术后的免疫治疗一支高达39500, 一个疗程就需要3支就是118500, 要上五个疗程。家里还有一个刚满一岁的女儿还在喝奶粉。家婆有高血压, 需要长期吃药。我们只是普通的工薪家庭, 只要为孩子争取一线生机。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 姚 2025 年 11 月 19 日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 腹膜后恶性肿瘤 (神经母细胞瘤), 高危组, 化疗手术, 化疗, 免疫治疗等综合治疗, 预计费用70万元 医师签名: 叶梓杰 2025 年 11 月 19 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 15000 元 (大写: 壹万伍仟元 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2025 年 12 月 25 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟零壹拾元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2025 年 12 月 8 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: 严 [模糊] 性别: 男 年龄: 3岁
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为严 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): [模糊]

电 话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 林作勤

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: 严 性别:男 年龄:3岁 科别:增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊 断:1.腹膜后恶性肿瘤 2.恶性肿瘤免疫治疗 3.手术后恶性肿瘤化学治疗

医嘱及建议:患儿于2025-11-16至今于我科住院治疗,特此证明。

医师签名:叶梓杰/ 叶梓杰 /

日 期:2025/11/18 17:20:46

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。



家庭经济困难证明

兹有我社区(村委会)居民(村民) 王 (患者或监护人姓名), 身份证号 110101198001010001, 家庭人口共 6 人, 家庭年收入为 4000 元。因本人/子女 (王) (患者姓名), 身份证号

110101198001010001) 患有 神经细胞瘤 (疾病名称), 在 利妇儿 医院接受治疗。因治疗费用支出高, 家庭经济负担重, 基本生活出现困难。

以上所述属实, 特此证明。

村(居)委会经办人签字: 戚

联系电话 13910111111

(盖章)

2025年9月9日



