

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:

2025650

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
	彭		女	2025.5.31			广东省广州市增城区
	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		广州市儿童医院	2025.8.16	60万		
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 <u>1</u> 名;	
	父亲	彭	27	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>82000</u> 元	
申请救助理由（请详细描述）	母亲	彭	28	良好		3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>2</u> 辆摩托车; <u>无</u> 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
孩子出生第一个月时诊断为脑炎，以为是脑炎，在第二个个月时越来越严重，发现不对劲就去医院检查，检查出神经母细胞瘤，然后就去广州市儿童医院再次检查确诊神经母细胞瘤，检查结果选择治疗方案，药物化疗药物化疗 1~8 期，每 1 期 3 天，每隔 21 天一次化疗，第一次化疗在 ICU，4 天后转出 ICU 到门诊治疗，又见孩子经常发烧最高 39 度，在医院住了 20 天，第 20 天出院，孩子在去年也得了重病，花了 17 万没能挽回，现在孩子的情况一个人无法承担这么大的支出，所以来申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 彭 2025 年 11 月 19 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 转移性神经母细胞瘤。已行治疗: 术前 4 次化疗。 还需治疗: 根治性手术 + 术后化疗。费用: 约 60 万 医师签名: 李志明 2025 年 11 月 20 日						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>20000</u> 元（大写: 贰万 仟 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖雯 2025 年 11 月 24 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>20,000.00</u> 元（大写: 贰万 仟 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖雯 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: 彭	性别: 女	年龄: 6岁4个月
病种: 神经母细胞瘤	治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心	

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

受助人（监护人）: 梁

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人:

电 话: 18926052214

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: 彭 性别: 女 年龄: 5月 科别: 增-肿瘤外科1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 神经节神经母细胞瘤(MS期) 2. 贫血 3. 中度营养不良 4. 窦性心动过速

医嘱及建议:

患儿于2025-11-14至今在我院住院治疗, 特此证明。

医师签名: 杨天佑/谭天宝/常嘉明

日期: 2025/11/20 10:05:53



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) 彭 (患者或监护人姓名), 身份证号 , 家庭人口共 7 人, 家庭年收入为 8000 元。因本人/子女 (彭 (患者姓名), 身份证号) 患有 神经纤维瘤 (疾病名称), 在 于明好女儿童 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:



