

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: 2025662

申请日期: 2025年10月26日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	邱		女	2024.8.9			湖南省邵阳市	
	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
	肝母细胞瘤		广州市妇女儿童医疗中心	2025.9.4	25万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☐ 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 邱	24	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 50000 元			
	母亲 邱	25	健康		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 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): 2025年8月24日发现孩子腹部有硬包,去惠东妇幼检查,医生说没事。 2025年9月4日早发现孩子脸色苍白,四肢无力,去惠东人民医院检查,医生建议转院。 于同日下午来到广州妇女儿童医疗中心,根据病理确诊为肝母细胞瘤,于同日进行手术。 抢救。所有费用为自费。为争取手术费,准备卖车救女。母亲上班,我在家照顾孩子。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邱 2025 年 10 月 26 日								
医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用): 肝母细胞瘤 25万。							
	医师签名: 邱 2025 年 10 月 28 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 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 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万 零 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 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: 邱	性别: 女	年龄: 1岁
病种: 肝母细胞瘤	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心珠江新城	

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), 将作为邱 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邱

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): —

电 话: —

经办人: 林浩韵

电 话: 18924052214

日 期: 2018年12月11日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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：邱 性别：女 年龄：1岁26 科别：珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断： 1. 失血性休克 2. 肝母细胞瘤，待查 3. 肿瘤破裂出血 4. 为肿瘤化学治疗疗程 5. 胸腔积液（左） 6. 吞咽困难

医嘱及建议：患儿于2025.09.04-09.15在我院肝胆外科、PICU及血液肿瘤科（珠）住院治疗。

医师签名： /王萌/周悦

日期：2025年09月15日 10:00:00

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。



家庭情况说明

兹有患儿邱患肝母细胞瘤疾病, 性别女, 年龄1岁, 是湖南省邵阳市隆回县龙庄镇村民小组: (父亲: 邱 母亲: 卢) 村民女儿. 因治疗费用较高, 家庭收入较低, 难以承担患儿全部医疗费用, 现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲: 邱 身份证号

患儿母亲: 卢 身份证号

情况属实, 特此证明。

村委员会盖章



2025 年 10 月 15 日

