

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: 2025670

申请日期: 2025年11月22日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	苏	女	2022.7.2		普宁市南径镇		
	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
	先天性心脏病 室缺	南部战区总医院	2023.8月	4.5万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☒ 城镇居民 0%	☐ 商业保险 0%	☐ 其他保险 0%	☐ 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 苏	33	正常		2、家庭年收入(不含政府补贴) 2万 元		
	母亲 高	29	正常		3、固定资产: /套房子; /辆摩托车; /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)	患者确诊为先天性心脏病室间隔缺损,需进行手术治疗。家庭人口7人,主要依靠打零工维持生计,年收入约2万元,经济困难,无力承担医疗费用,特申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 苏 2025年11月22日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患者入院后诊断为室间隔缺损,需经手术治疗,预估手术费用为4.5万。						
	医师签名: 罗林 2025年12月5日						
	医院意见(盖章):						
建议给予医疗救助金 ¥10000 元(大写: 壹万 0 仟 0 佰 0 拾 0 元 0 角 0 分)							
负责人签名: 年 月 日							
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥5,000.00 元(大写: 五 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分)							
负责人签名: 2025年12月15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:	苏	性别:	女	年龄:	3岁
病种:	先天性心脏病室间隔缺损	治疗医院:	南部战区总医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币伍仟元整), 将作为苏 的治疗费用。

受助人 (监护人): 苏

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2025年12月16日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：苏 科室：心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

诊断证明

姓名：苏 出生日期：2022-07-02 性别：女 科室：心胸外科心外病区 床号

入院日期：2025-12-04

病情摘要：1. 幼儿，先天性疾病；2. 体检发现室间隔缺损3年余；3. 查体：神清，精神可，无紫绀，双肺听诊呼吸音稍粗，未闻及干湿性啰音，心前区无隆起，心尖搏动有力，位于第五肋间左侧锁骨中线内0.5cm，心包摩擦感未触及，心率97次/分，心律齐，胸骨左缘第3、4肋间可闻及柔和收缩期杂音III/6级，余瓣膜区未闻及心脏杂音，未闻及心包摩擦音及额外心音，双下肢无水肿；4. 辅助检查：外院心脏彩超提示：先天性心脏病：室间隔缺损。

当前诊断：1. 先天性心脏病： 1.1 室间隔缺损 2. 心功能II级

医生意见：建议手术治疗。

医院地址：广东省广州市流花路111号

经治医师：余剑 手签：余剑
2025-12-05 08:00
南部战区总医院
(诊断专用章)



普宁市南径镇青洋山村村民委员会

证明

兹有我村村民苏 女，身份证号码：
其父亲苏 男，身份证号码：
在外务工。其母亲高 女，
身份证号码 在家务农。苏
与高 共生育四个子女，全家靠苏 务工维持其基
本生活，家庭经济收入低，生活困难，情况属实。

特此证明



