

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: 2025677

申请日期: 2025年11月28日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	温		男	2023.5.16			广东省宁市	
	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		广州市妇儿	2025.8.6	100万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40%	☐ 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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5000 元 3、固定资产: 无 套房子; 无 辆摩托车; 无 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	温	25	健康				
	母亲	何	31	常年吃药				
申请救助理由(请详细描述)		2025年8月6号在广州市妇儿医院确诊四期高危神经母细胞瘤,前期的化疗手术免疫治疗、基因检测,检查的费用加上后续的费用还需要放疗,十轮化疗十免疫治疗,一支免疫药就高达39500,一轮化疗十免疫治疗就需要3支免疫药就是118500元,我们来自普通的农村家庭,上面有年迈的公婆,他们身体不好常年需要吃药,我是全职妈妈,孩子爸爸做的是体力活收入微薄,后期费用缺口很大,希望能得到帮助,帮助孩子度过难关。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2025年11月28日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 转移性神经母神经母细胞瘤 治疗: 手术免疫联合免疫治疗十根治性手术十术后化疗联合免疫治疗十放疗十口服DFMO 预计费用: 60万 医师签名: 谭志明 2025年11月28日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 慈善基金审批专用章 2025年12月1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 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 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: 溫	性别: 男	年龄: 2岁6月
病种: 神经细胞瘤	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), 将作为溫 的治疗费用。

受助人 (监护人): 何
电 话:
见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):
电 话:
经办人: 林生
电 话: 18924052214
日 期: 2025年12月16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：温 性别：男 年龄：2岁3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 2. 为肿瘤化学治疗疗程 3. 恶性肿瘤免疫治疗 4. 化疗后骨髓抑制 5. 血小板减少 6. 中性粒细胞减少症

医嘱及建议：患儿于2025. 08. 25至2025. 09. 09在我院住院治疗。

医师签名：杨天佑/谭天宝/叶梓杰 邱毅 //邱毅

日期：2025. 09. 09

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) 何 (患者或监护人姓名), 身份证号 , 家庭人口共 1 人, 家庭年收入为 10000 元。因本人/子女 (何 (患者姓名), 身份证号) 患有 神经母细胞瘤 疾病名称), 在 广州妇女儿童 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:

联系电话:

(盖章)

2025年11月28日

