

## 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: 2026060

申请日期: 2026年1月12日

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |        |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 姓名                                                                                               |                                             | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                           |                            | 户籍所在地  |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 王                                                                                                |                                             | 男                               | 2011.10.24                      |                                 |                            | 广东省惠东县 |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 横纹肌肉瘤2期                                                                                          |                                             | 中山大学孙逸仙纪念医院                     | 2025.7                          | 30万元                            |                            |        | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: / |
| 购买保险情况及报销比例                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 40% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input type="checkbox"/> 无 |        |                                                                                |
| 病童家庭情况                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 姓名                                                                                               |                                             | 年龄                              | 健康情况                            | 联系电话                            |                            |        |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 父亲                                                                                               | /                                           | /                               | /                               | /                               |                            |        |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 母亲                                                                                               | 王                                           | 37                              | 健康                              | /                               |                            |        |                                                                                |
| <p>1、抚养18岁以下儿童 <u>3</u> 名;</p> <p>2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>20000</u> 元</p> <p>3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车</p> <p>4、家庭困难类型:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/>街镇开具困难证明;</p> <p><input type="checkbox"/>困境儿童证明; <input type="checkbox"/>低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明</p> |                                                                                                  |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |        |                                                                                |
| <p>申请救助理由(请详细描述):</p> <p>我叫王, 我的父母已离婚, 我和妹妹、弟弟全靠妈妈打工维持全家生计, 家里没有积蓄。为了给我治病, 妈妈已经向亲友借了很多钱, 却还是凑不够后续的治疗费用。恳请广东公益恤孤助学促进会能伸出援手, 帮我战胜病魔, 重获健康, 我和家人都会永远感激这份恩情!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 王 2026年1月12日</p>                                                                                                          |                                                                                                  |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |        |                                                                                |
| 医院填写                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为横纹肌肉瘤(2期), 肿瘤侵犯周围组织, 目前处于化疗中, 后续需手术切除, 化疗, 放疗, 靶向治疗等, 费用大约为30万元(叁拾万元)。</p>  |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |        |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>医师签名: 林伟明 2026年1月6日</p>                                                                       |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |        |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 377 元 (大写: 3 万 7 千 7 百 元 角 7 分)</p> <p>负责人签名: 林伟明 2026年1月20日</p> |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |        |                                                                                |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰 万 五 千 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026年1月26日</p>                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                  |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |        |                                                                                |



廣東公益恤孤助學促進會  
Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 王 性别: 男 年龄: 14  
病种: 横纹肌肉瘤 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

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), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 方

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:

林作勤

18924052214

2026年 1月 27日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:王 性别:男 年龄:14岁 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 姓名:王                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 住院号    | 出生地: 广东省惠州市惠东县                                                                           |
| 性别:男                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 年龄:14岁 | 科室:儿科六区(血液/肿瘤)                                                                           |
| 入院时间: 2025-12-27 17:10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        | 出院日期: 2026-01-09 16:30                                                                   |
| 临床诊断: 1.为肿瘤化学治疗疗程; 2.横纹肌肉瘤 IV 期, 中枢侵犯组; 3.化疗后骨髓抑制;<br>(1)粒细胞缺乏; (2)贫血 III 度; (3)血小板减少 III 度; 4.消瘦(重度);                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |                                                                                          |
| 治疗意见:<br>1. 注意事项:<br>(1) 若白细胞 $<1.0\times 10^9/L$ 或中性粒细胞 $<0.5\times 10^9/L$ , 口服阿昔洛韦咀嚼片(0.8g 每日3次)、瑞贝克-硫酸庆大霉素缓释片(80mg 每日2次); 百炎净(复方磺胺甲噁唑片)0.96g q12h po+碳酸氢钠片 1g bid po 吃3天停4天预防卡肺;<br>(2) 2026-01-15 返院或外院静脉推注长春新碱 1.8mg+0.9%生理盐水 10ml(与人粒细胞刺激因子间隔24小时);<br>(3) 若Hb $<70g/L$ , PLT $<20\times 10^9/L$ , 予输注红细胞、血小板; 每隔2-4天检测血常规, 粒缺期间如有发热, 及时就诊。<br>2.【2026-01-20】返院化疗(前提: 白细胞 $>2\times 10^9/L$ , 中性粒细胞 $>1\times 10^9/L$ ), 请提前致电36997515 预约床位。<br>3. 如有不适及时门诊随诊。 |        |                                                                                          |
| 记录日期: 2026-01-09 16:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        | 医生:  |

# 惠东县黄埠镇望斗村村民委员会

## 证明

兹有我村村民方 女,身份证号码  
家庭4口,大儿子因病住院,二女儿及三儿子在校读书,其本人  
依靠打杂工维持生活,家庭实属艰难,情况属实。

特此证明





