

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: 2026077

申请日期: 2026 年 1 月 24 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	罗		男	2023年11月28日			广东省肇庆市	
	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
	食管闭锁		广州市妇女儿童医疗中心	2023.11.28	50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 ☐ 新农合 50%	☐ 城镇居民 ☐ 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 2 名;		
	父亲	林	46	好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 1 万 元		
	母亲	罗	45	好		3、固定资产: 0 套房子; 0 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)		由于三年来,新生儿先天性食管闭锁在广州妇女儿童医院(ICU)综合治疗一年多,为照顾患儿导致父母无法正常工作,没了生活经济来源,为了治疗费用,亲戚朋友能借的都借了个遍,现在又还要再次手术,后续还要长期的治疗护理,现特向广东公益恤孤助学促进会申请救助金!在来回探视孩子的情况下,车费用都困难,请相关领导审核通过!!! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2026 年 1 月 24 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 食管闭锁手术 2. 胃造口术 2026.1.12 广州市妇女儿童医疗中心 医师签名: 侯龙石							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥15000 元 (大写: 壹万伍仟元 拾元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026 年 1 月 26 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥5,000.00 元 (大写: 伍仟元 零 拾元 零 角 零 分) 负责人签名: 林 2026 年 1 月 26 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: 罗	性别: 男	年龄: 3
病种: 食道闭锁	治疗医院: 广州妇儿中心	

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), 将作为罗 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 2月 2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：罗 性别：男 年龄：2岁1月科别：珠-新生儿外科1组 床号 住院号

诊断：1. 食管闭锁不伴有瘻 2. 胃造口状态 3. 手术后状态，其他特指的（食管胸腔内固定延长术后）

医嘱及建议：患儿2026-01-11至今在我院珠-新生儿外科1组住院治疗。2026-01-12行胸腔镜检查

胸腔镜下胸膜粘连松解术（胸腔镜下胸腔粘连松解、食管吻合术）

特此为证！

医师签名：王俊杰/

日期：2026-01-29 13:17:32

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

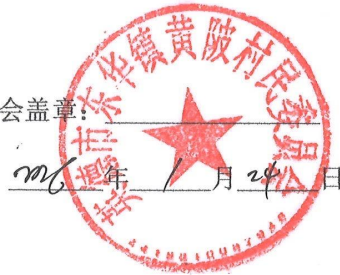
兹有患儿罗，患食管闭锁疾病，性别男，年龄3岁，是广东省（区、市）清远市（州）英德县（区）东华乡镇（街道）村民小组（居委会），（父亲：林，母亲：罗）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：林 身份证号：_____

患儿母亲：罗 身份证号：_____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



林

