

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: 2026076

申请日期: 2026年1月20日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	东	男	2021.10.10			广西河池市临贺镇	
	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
	成骨不全、脊柱侧弯	广州市妇女儿童医疗中心珠江新城院区	2021.11.15	7万			☐ 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 <u>2</u> 名;		
	父亲 老	42岁	良		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>2万</u> 元		
	母亲 老	43岁	高血压		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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)	我们这孩子从出生到现在就不断在治病,已花掉家里所有积蓄,而且还欠许多外债。父母亲没什么文化、没技术,父亲只能找些临时工补贴家用,母亲专门在家带娃无收入,因此这家庭已无力承担这高额费用。所以我们全家人肯求向广东公益恤孤助学促进会求助,救救我们的孩子,我们全家万分感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 老 老 2026年 1 月 20 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 成骨不全、脊柱侧弯,拟行生长棒植入术,预计手术费用6万左右。 医师签名: 吴加华 2026年 1 月 20 日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥10000 元(大写: 壹万 仟 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年 1 月 27 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 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 杨海清 2026年 1 月 27 日 秘书处							



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: 韦 性别: 男 年龄: 4岁
病种: 成骨不全. 脊柱侧弯 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心珠江新城院区

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), 将作为主 的治疗费用。

受助人 (监护人): 朱

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:

林伟强

18924052214

2016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: 丰 性别: 男 年龄: 4岁 科别: 珠-骨科2组

床号 住院号

诊断: 1. 脊柱侧弯 2. 成骨不全

医嘱及建议:

1、2026-1-12周一徐宏文主任医师门诊随诊。

2、出院带药: 无。

3、交通工具: ☒ 自行 ☐ 出租车

4、随访指导:

(1) 医院名称及地址: 广州市妇女儿童医疗中心珠江新城院区 (天河区金穗路9号) / 广州市妇女儿童院区 (越秀区人民中路318号) / 广州市妇婴院区 (越秀区人民中路402号)

(2) 植入物: ☒ 无 ☐ 有

(3) 回院随访时间: 2026-1-12周一徐宏文主任医师门诊复查。

(4) 出现以下情况, 需立即返院或就近医院等治疗: 发热、寒战, 双腿疼痛、活动障碍。

医师签名: 徐宏文/刘雁寒/ 刘雁寒

日期: 2025-12-01 09:03:34

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 韦，患 成骨不全 疾病，性别 男，
年龄 4 岁，是 广西 省(区、市) 河池 市(州) 东兰
县(区) 隘洞 乡镇(街道) 村民小组(居委
会)，(父亲: 韦 母亲: 韦 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: 韦 身份证号

患儿母亲: 韦 身份证号

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章:

2022 年 1 月 20 日



