

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: 2026081

申请日期: 2025 年 12 月 30 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周		男	2024.8.22			广西南宁市	
	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
	颅内占位性病变(左侧额叶小脑脚区横纹肌样瘤)		广州市妇女儿童医疗中心	2025年10月	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
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		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	周	31	健康				
	母亲	覃	28	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 约 2.5 万元 3、固定资产: 1 套房子; 1 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): 周 1 岁 4 个月, 于 2025 年 10 月确诊为颅内占位性病变(小脑脚区横纹肌样瘤)。于 2025 年 11 月 6 日、7 日在广州市妇女儿童医疗中心儿童院区做开颅手术, 手术费用 64981.95 元。治疗期间做病理基因检测 2 次共 3 万元。于 2025 年 11 月底转至广州市妇女儿童医疗中心增城院区做化疗, 目前化疗自付费用 33632.52 万元。后续化疗十余次于自体多值, 治疗费用预估 30 万元。家庭人口共 3 人, 爸爸是司机, 目前在医院陪娃看病治疗, 无收入来源。妈妈在老家打工, 月工资 2200 元, 目前请假陪护, 收入来源不稳定。高昂的治疗费用, 微薄的收入, 家庭负担很重。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 覃 2025 年 12 月 30 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 非典型型畸胎样/横纹肌样瘤。治疗费用约 30 万。							
	医师签名: 柯建萍 2026 年 1 月 6 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥15000 元 (大写: 壹万伍仟元整) (大写: 壹万伍仟元整拾元零角分) 负责人签名: 何靖夏 2026 年 1 月 19 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟元整拾元零角分) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 2 月 2 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 (普及深呼吸共愈计划)

病童姓名:	周	性别:	男	年龄:	1岁5个月
病种:	颅内占位性病变 横纹肌样瘤	治疗医院:	广州医科大学附属医院		

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), 将作为周 的治疗费用。

受助人 (监护人): 覃
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 3 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：周 性别：男 年龄：1岁3月科别：增-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊 断：1. 脑桥小脑角恶性肿瘤（左侧，术后，非典型畸胎样/横纹肌样瘤） 2. 败血症（阴沟肠杆菌） 3. 支气管肺炎 4. 传导性听力损失（左侧） 5. 化疗后骨髓抑制

医嘱及建议：患儿2025. 11. 28-2026. 1. 3在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：/陈晓燕/ 尹雅文

日 期：2026年01月03日 09:17:22

- 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。



证明

兹证明 周 (身份证号码:

家庭住址: 巷贤镇

为农村低保边缘对象(属于农村低收入对象)。

低收入认定日期为: 2025年12月01日

该证明开具日期为2025年12月30日,自开具日期起有效期
为6个月。

巷贤镇人民政府(盖章)

2025年12月30日



