

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: 2026085

申请日期: 2026 年 1 月 22 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2025年11月24日			广东揭阳	
	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
	先天性心脏畸形		南汇区总医院	2025.12月	10万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 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: 自建 ☒ 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	29	健康					
	母亲	26	健康					
申请救助理由 (请详细描述)	家庭收入低, 无法支付高额手术费用, 主要收入来源靠父亲打工. 家中还有小孩上学, 母亲无工作. 家中还有老人需要照顾. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 黄 2026 年 1 月 22 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 先天性心脏病术后治疗及住院费用约 10 万, 手术费用 10 万. 医师签名: 张 2026 年 1 月 27 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元 (大写: 壹万 0 仟 0 佰 0 拾 0 元 0 角 0 分) 负责人签名: 王 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: 王 2026 年 1 月 27 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: 黃 性别: 男 年龄: 2月
病种: 室间隔缺损 治疗医院: 广州南部战区总医院

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), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

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

18924032214

2026年2月4日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：黄 科室：心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

诊断证明

姓名：黄 出生日期:2025-11-24 性别：男 科室:心胸外科心外病区 床号

单位： 身份：一般人员

入院日期：2026-01-25

病情摘要：1. 患者为儿童，先天性疾病；2. 主因“发现心脏杂音2月”入院；3. 查体：神清，精神可，无紫绀，双肺听诊呼吸音稍粗，未闻及干湿性啰音，心前区无隆起，心尖搏动有力，心包摩擦感未触及，心音正常，心率104次/分，心律规整，胸骨左缘第3、4肋间可闻及粗糙喷射样收缩期杂音III/6级，余瓣膜区未闻及心脏杂音，未闻及心包摩擦音及额外心音。辅助检查：心脏彩超提示：室间隔缺损。入院后积极完善术前相关检查，择日行手术治疗。

当前诊断：1. 室间隔缺损；2. 卵圆孔未闭；3. 肺动脉高压（重度）；4. 心功能II级；

医生意见：特此证明

医院地址：广东省广州市流花路111号



广东省普宁市麒麟镇樟岗村村民委员会

证 明

兹有我村村民黄 (男, 身份证号码

因先天心脏畸形, 需要住院手术医疗, 现家庭经济以父亲务工为主, 母亲在家打理家务, 经济常收不抵支, 属低收入困难家庭, 情况属实。

特此证明

樟岗村村民委员会

2026年01月22日



