

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: 2026086

申请日期: 2026 年 1 月 3 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	蔡		男	2019.5.19.			广东省陆丰市	
	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
	成骨不全		广州妇女儿童中心	2020.12	60000 元			☐ 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	1、抚养 18 岁以下儿童 1 名;			
	父亲 蔡	36	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 1.2 万-2.4 万			
	母亲 林	31	健康		3、固定资产: 无 套房子; 1 辆摩托车; 无 辆小车			
申请救助理由（请详细描述）					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			
因患儿自 2020 年确诊成骨不全至今多次骨折住院手术内置髓内钉, 长期来往医院打针吃药, 至我没有正常工作, 我老婆失业, 后续还要打针吃药治疗, 无止底的费用, 已至家内外债累累也无法偿还, 特向贵基金申请救助! 本人保证上述情况完全真实。蔡 2026 年 1 月 13 日 申请人签名: 蔡								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 59354.2 元 胫骨骨折(右侧); 股骨骨折(右侧); 成骨不全 预计治疗总费用 6 万左右。							
	医师签名: 吴剑平 2026 年 1 月 13 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 何靖安 慈善基金审批专用章 2026 年 1 月 18 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 五仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 林锦华 2026 年 2 月 2 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: 蔡 性别: 男 年龄: 6岁
病种: 成骨不全 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为蔡 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代
表等):

电 话:

经办人: 林号福

电 话: 18924052214

日 期: 2026年2月4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：蔡 性别：男 年龄：6岁 科别：珠-骨科1组 床号 住院号

诊断：1. 胫骨骨折(左侧) 2. 股骨骨折(右侧) 3. 成骨不全

医嘱及建议：患儿于2026-01-06至今于我院珠-骨科1组住院治疗

医师签名：徐宏文/刘远忠/吴剑平/林鸿鸿

日期：2026年01月13日 09:20:53

吴剑平

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。



陆丰市甲西镇北池村民委员会

情况说明

兹有患儿蔡 患成骨不全疾病，性别：男，年龄：6岁，是广东省汕尾市陆丰县甲西镇北池村委会，(父亲:蔡 母亲:林 村民的儿子。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:蔡 身份证号

患儿母亲:林 身份证号

情况属实，特此证明。



