

### 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: 2026114

申请日期: 2026年 1月28日

|  |   |                                      |                                      |                                      |  |     |   |
|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|-----|---|
| 病童资料   | 姓名  | 性别                                   | 出生年月                                 | 身份证号码                                | 户籍所在地  |     |   |
|  | 梁   | 女                                    | 2024年6月16日                           |                                      | 广东省佛山市顺德区  |     |   |
|  | 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  |
|  | 胶质瘤<br>(星形细胞瘤)  | 1. 佛山儿童医院<br>2. 南方医科大学珠江医院           | 2025年4月29日                           | 20万-50万                              |  |     | <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: 1级 |
| 购买保险情况及报销比例  | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 60%   | <input type="checkbox"/> 城镇居民 _____% | <input type="checkbox"/> 商业保险 _____% | <input type="checkbox"/> 其他保险 _____% | <input type="checkbox"/> 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 梁  | 41                                   | 良好                                   |                                      | 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>3万</u> 元   |     |   |
| 母亲 梁   | 39  | 良好                                   |                                      |                                      | 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车  |     |   |
|  |   |                                      |                                      |                                      | 4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 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)   | <p>因孩子于2025年4月29日确诊“星形细胞瘤”又称视神经胶质瘤，4月29号开始手术，手术后术后恢复差，造成，视力双眼缺失，脑积水、偏瘫、癫痫、肌损伤，术后恢复差，需要漫长的治疗，治疗费用巨大，爸爸和妈妈一直在医院照顾，空闲的时候靠爸爸一人打工，家中还有一个初中儿子上学，和老人赡养，目前不仅耗尽了家里所有积蓄，信用卡，还债累累，还有后期漫长的康复治疗费用已经陷入经济困境，特向领导申请救助。本人保证上述情况完全真实。希望能得到你们的帮助，谢谢!</p> <p>申请人签名: 梁 2026年 1月28日</p> |                                      |                                      |                                      |  |     |   |
| 医院填写   | 疾病诊断及治疗 (费用):<br>确诊视神经胶质瘤，白质大概年20-50  |                                      |                                      |                                      |  |     |   |
|  | 医师签名: 165号 2026年 1月28日<br>医院意见 (盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分)<br>负责人签名: 2026年 2月3日   |                                      |                                      |                                      |  |     |   |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:   |   |                                      |                                      |                                      |  |     |   |
| 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万五仟零佰零拾元零角零分)<br>负责人签名: 林钧泽 2026年 2月 9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: 梁   | 性别: 女            | 年龄: 1 |
| 病种: 星形细胞瘤 | 治疗医院: 南方医科大学珠江医院 |       |

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), 将作为梁 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁

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10日

南方医科大学珠江医院  
诊断证明书

姓名：梁 科室：小儿血液科病区 床号 ID号 住院号

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 科别：小儿血液科病区   | 入院日期：2025年12月21日<br>出院日期：2025年12月25日 |
| 检查结果：详见出院小结。<br>诊断意见：<br>1. 星形细胞瘤化学治疗；2. 星形细胞瘤（毛粘液样型）；3. 脓毒血症；4. 中枢性尿崩症；5. 甲状腺功能减退症；6. 肾上腺皮质功能不全；7. 症状性癫痫[继发性癫痫]；8. 视力缺损，双眼；9. 脑积水；10. 化疗后骨髓抑制<br>处理意见：住院治疗。 |                                      |
| 医生签名：张芝奇   |                                      |
| 日期：2025年12月25日   |                                      |

签发单位：（盖章）



# 吴川市吴阳镇限口村民委员会

## 家庭经济情况说明

兹有我村委会村民 梁 (法定监护人姓名), 身份证号                       
                     家庭住址 广东省湛江市吴川市吴阳镇  
                     家庭人口共 4 人, 只有梁天福一人工作维持收入。其子/女 梁 (申请救助儿童姓名), 身份证号                       
                     患有 脑质瘤(星型细胞瘤) 疾病, 已在 南方医科大学珠江医院 (医院名称) 接受治疗。因孩子医疗费用高额且长期治疗支出, 经济压力巨大, 家庭陷入经济困难。

以上所述属实, 特此说明。

村委会所在地: 广东省湛江市吴川市吴阳镇限口村  
委会。

村委会经办人签字:                     

联系电话:                     

(盖章)

2026年1月15日

