

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: 2026117

申请日期: 2026年1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		
	吴	女	2025.1.30		云南		
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号		
	恶性肿瘤	珠江医院	2025.10.05	50-60万			
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 20%	<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	是否残疾 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /
	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) 1万 元 3、固定资产: 无 套房子; 无 辆摩托车; 无 辆小车 4、家庭困难类型: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input checked="" type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
病童家庭情况	父亲	吴	41	健康			
	母亲	郎	35	健康			
申请救助理由(请详细描述)	<p>吴 钱女儿于10月3日确诊为恶性肿瘤,至今4个月时间。经过两次脑手术花费十五万余元,现每月在珠江医院化疗还需8千左右。而孩子才一岁,又需要钱两个人才能照顾。现在我们基本没有生活来源,特向贵基金申请救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 2026年 1 月 30 日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	<p>确诊为恶性胶质瘤(胶质母细胞瘤) (RTT) 等, 大概需50-60万</p> <p>医师签名: 18号 2026年 2 月 2 日</p>					
	医院意见(盖章):	<p>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 零 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 2026年 2 月 3 日</p>					
广东公益恤孤助学促进会意见:							
<p>同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万 零 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026年 2 月 9 日</p>							



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: 吳 [模糊]	性别: 女	年龄: 1
病种: 横纹肌样瘤 治疗医院: 暨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 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为吳 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 郎 [模糊]

电话: [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电话: _____

经办人: 柯伟韵

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：吴 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：2026年02月01日 出院日期：
检查结果： 诊断意见： 1. 非典型畸胎样/横纹肌样瘤化学治疗；2. 梗阻性脑积水；3. 脑水肿；4. 第四脑室非典型畸胎样横纹肌样瘤（ATRT）；5. 化疗后骨髓抑制 处理意见：住院治疗。	
医生签名：张彦奇 日期：2026年02月02日	

签发单位：（盖章）



低保边缘家庭证明

兹有云南省楚雄市紫溪镇 [REDACTED] 吴
[REDACTED] 身份证号码 [REDACTED] 自 2025 年 12 月至
今，单人在紫溪镇领取农村低保金 C 档 240 元/月，所以该户
属于低保边缘家庭。

特此证明

紫溪镇社会事务办
2026 年 1 月 9 日



