

### 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: 2026124

申请日期: 2026年2月9日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	刘		女	2025.10.10			广东省丰顺县	
	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
	重症肺炎		广州医科大学附属第一医院	2025.12.15	12万		/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 50%	<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 4 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 10000 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <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
	父亲	刘	39	结石				
	母亲	刘	35	健康				
申请救助理由(请详细描述)	刘 出生在新儿科一天住单间两个后一直住院丰顺人民医院 28号梅州市黄塘人民医院四个小孩大宝早产出一斤九两 二宝出生即内室弱心脏杂音、三室心月庄  本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘 2026 年 2 月 9 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1.重症肺炎 2.呼吸衰竭 3.肝肾功能高压(轻中度) 4.房间隔缺损(或卵圆孔未闭) 5.先天性代谢病,待查 治疗: 呼吸机辅助通气, 液转, 镇痛, 肌松, 调节内环境, 营养支持, 必要时抗感染, 肝肾功能检查及清洗。 医师签名: 刘 2026年2月9日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 15000 元 (大写: 壹万伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2月10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 零 佰 零 拾 元 零 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年 2月 10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: 刘 性别:女 年龄:3月 科别: 珠-PICU2组 床号 住院号

诊断: 1. 重症肺炎(鼻病毒) 2. 呼吸衰竭 3. 肺动脉高压(轻-中度) 4. 房间隔缺损(或卵圆孔未闭) 5. 遗传性代谢病, 待查

医嘱及建议: 患儿于2026年2月3日至今于我院PICU(珠)住院治疗

医师签名: 徐碧婷 / 徐碧婷  
日期: 2026/2/9 15:37:33

- 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。



## 家庭情况说明

兹有患儿刘，患重症肺炎疾病，性别女，年龄4个月，是广东省（区、市）梅州市（州）丰顺县（区）潘田乡镇（街道）新东村民小组（居委会），（父亲：刘，母亲：刘）村民（居民）的儿子 / 女儿。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：刘 身份证号：\_\_\_\_\_

患儿母亲：刘 身份证号：\_\_\_\_\_

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



