

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: 2026129

申请日期: 2026年2月2日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	陈	男	2021.12.2		广东龙川县车田镇		
	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
	神经母细胞瘤	惠州四甲医院	2024.11.15	70万			<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 <u>3</u> 名;
	父亲 陈	36	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>30000</u> 元
母亲 叶	30	健康			3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车
					4、家庭困难类型: 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

申请救助理由(请详细描述):
 陈于2024.11.15确诊转移性神经节神经母细胞瘤,确诊治疗费用约30-40万,常住人口6人,2个姐姐读书,一个小学,一个初中,常年带孩子治病无法就业,今年2023年6月意外车祸头部受伤,平时只能靠打零工维持生计,经济困难,特向贵基金会再次申请。
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 陈 2026年2月2日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	四期高危神经母细胞瘤,预计总费用75万元。
	医师签名:	葛利光 2026年2月2日
医院意见(盖章):		建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分)
负责人签名:		何靖夏 2026年2月9日

广东公益恤孤助学促进会意见:
 同意救助 ¥30,000.00 元 (大写: 叁万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)
 普及深呼吸共愈计划 病童救助专项
 秘书 林钧泽 2026年2月25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: 陈 [redacted]	性别: 男	年龄: 4
病种: 神经母细胞瘤	治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 林作勤

电 话: 18924052214

日 期: 2026年2月26日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 陈 性别:男 年龄:4岁 科别:增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断:1. 转移性神经节神经母细胞瘤 2. 恶性肿瘤免疫治疗 3. 手术后恶性肿瘤化学治疗

医嘱及建议: 患儿于2026.01.20至今于我院住院治疗, 特此证明。

医师签名: 杨天依/谭大宝/李海涛/黄雅琪

日期: 2026-02-05 15:26:27

- 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。



户主姓名	陈	性别	男
出生年月	2021.12.2	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	5人
居住地址	冻省龙川镇		
户籍地址	叶塘村		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	陈	父亲	
	叶	母亲	
	陈	兄弟	
	陈	兄弟	

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

