

附件

广东省第二人民医院“重大疾病”病患救助申请表

编号: 2026196 (省返-三类病)

申请日期: 2025年12月10日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	罗	女	2009.7.9		江西省赣州市南康区	
	参加医保情况		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例: 80%			
所患疾病		治疗医院		预计医疗费用		
韦格纳肉牙肿		广东省第二人民医院		26/年		
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	罗	男	63	父女	已退休收入2000元/月	
	董	女	44	母女	无工作照顾小孩	
申请救助理由	患者一家六口人, 奶奶及弟弟生活费用每月支出两千以上, 确属困难。 患者从2022年开始辗转上海、广东省第二人民医院等多家医院医治, 期间 经历小脑出血手术、骨折等, 花费一万余元, 现生活医疗费用较紧张。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 罗 2025年12月10日					
资助金额	建议给予医疗救助金5000元。 (大写: 零万伍仟零佰零拾零元零角零分)					
医院填写	疾病诊断及治疗费用情况: 患“韦格纳肉牙肿”, 经上海、广东省第二人民医院等多家医院医治, 期间 于2025年12月10日申请救助。 医师签名: [Signature] 2025年12月10日 社会工作科意见: 同意救助。 负责人签名盖章: [Signature] 2025年12月22日					
广东公益恤孤助学促进会审批意见:	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): [Signature] 2025年12月25日 秘书处					



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“重大疾病”病患救助款收据

病人姓名:	羅 [模糊]	性别:	女	年龄:	16
病种:	风湿免疫科	治疗医院:	广东省第二人民医院		

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），将作为罗 [模糊] 的治疗费用。

受助人（监护人）: 羅 [模糊]

电 话: [模糊]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话: [模糊]

经办人: 林 [模糊]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年2月28日

广东省第二人民医院

诊断证明书 证字第

姓名	罗	性别	女	年龄	Y16	科别	风湿免疫科	住院号	
----	---	----	---	----	-----	----	-------	-----	--

病史及简要诊疗工作：

患者因“反复咳嗽、咳痰3年余，再发半月余。”于2025-12-07在我院住院治疗。

诊断意见：1. 韦格纳肉芽肿性多血管炎 2. 肺部感染（烟曲霉） 3. 左侧小脑陈旧性出血

处理意见：详见出院小结。

广东省第二人民医院

医师：

2025年 12月 11日



情况说明

罗 家庭情况证明：罗 女，身份证号
 系我村村民，是当地穷困帮扶对象，月补贴现
金 700 元。家庭成员包括父亲罗 奶奶陈 母亲黄 妹
妹罗 弟弟罗 因罗 患病医治多年，且家庭成员较多，收
入有限，经济条件较为贫困。

特此证明

江西省赣州市南康区龙岭镇金塘村委会

2025 年 12 月 29 日



