

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: 2026145

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	
	陈		男	2019.12.11	[模糊]		河源市连平县	
	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
	胃癌胃细胞癌		河源市人民医院 大埔县医院	2025年11月	约20万元	[模糊]	[模糊]	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: [模糊]
购买保险情况及报销比例		<input type="checkbox"/> 新农合 ____%	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 70%	<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____名;		
	父亲	陈	34	健康	[模糊]	2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000 元		
	母亲	陈	42	健康	[模糊]	3、固定资产: 1套房子; 1辆摩托车; 1辆小汽车		
						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		
<p>申请救助理由(请详细描述)</p> <p>小孩于2025年11月开始生病,经过手术、放疗、化疗,前后花费了40万,更苦双方为了照顾小孩暂时无法工作还要照顾老人,未来治疗费用高,家里经济压力大,后面治疗时间长,还需做7次化疗,因此申请基金会</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 [模糊] 2026年2月9日</p>								
<p>疾病诊断及治疗(费用):</p> <p>患儿诊断为胃癌胃细胞癌,预计治疗费用约20万元。</p> <p>诊疗医师签名: 王慧玉 2026年2月9日</p>								
<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万、仟、佰、拾、元、角、分)</p> <p>负责人签名: [模糊] 2026年2月9日</p>								
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥25000.00 元 (大写: 贰万伍仟零佰零拾元零角零分)</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026年2月25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

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 陈	性别: 男	年龄: 6
病种: 小脑恶性肿瘤	治疗医院: 广东省中医院(大德路分院)	

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), 将作为陈 治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林作福

电 话: 18924052219

日 期: 2026年2月28日

诊断证明

患儿陈 男，6岁，身份证号 住院号

患儿因“确诊髓母细胞瘤4月余，返院治疗”于2026年2月8日入院，目前主要诊断：1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 小脑恶性肿瘤 恶性肿瘤（小脑及四脑室 髓母细胞瘤）

特此证明！



证明

兹有我村居民陈 [REDACTED] 身份证号 [REDACTED]
其子陈 [REDACTED] 男 6岁 身份证号 [REDACTED]
陈 [REDACTED] 于 2025 年 9 月确诊髓母细胞瘤疾病，目前在广东省中医院儿科住院治疗，该家庭因确诊髓母细胞瘤疾病后，家庭面临巨大医疗开支。特此证明

附城镇联西村委会
2026年1月4日



