

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: 2026151

申请日期: 2026年1月23日

| | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|-----|--|
| 病童资料 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 户籍所在地 | | |
| | 梁 | 男 | 2024.1.31 | | 广东省佛山市 | | |
| | 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 | 中山大学小 逸仙纪念医 院(花都院区) | 2025.6.20 | 100万元 | | / | <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 type="checkbox"/> 新农合 ____% | <input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 50% | <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>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>10万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>2</u> 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 | 梁 | 38 | 良好 | | | |
| | 母亲 | 李 | 38 | 良好 | | | |
| 申请救助理由 (请详细描述) | <p>本人与丈夫育有一子一女, 共同赡养3名老人, 女儿10岁在读小学, 儿子1岁1个月, 在2025年6月确诊神经母细胞瘤四期, MYCN扩增, 后基因检测ALK阳性, 医生判断预后差, 截止现时手术、化疗住院费用超10万元(个人支付部分), 自费药、门诊费用。孩子爸和我本是工薪家庭, 由于要照顾儿子, 本人也申请了停职以便去照顾。这个病复杂难治, 治疗路甚是漫长, 后续费用亦难以估算。希望能申请到基金费用帮助我们渡过难关。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2026年1月23日</p> | | | | | | |
| 医院填写 | 疾病诊断及治疗 (费用): 神经母细胞瘤 (4/M期 高危 MYCN扩增 ALK突变, 肝右叶, 右肾, 膈膜后, 盆腔, 双侧胸腺纵实肌, 右上胸膜旁, 多发肩转移, 肩胛骨侵犯), 治疗费用大于叁拾万。 医师签名: 林育雄 2026年2月14日 | | | | | | |
| | 医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>3万</u> 元 (大写: <u>3万</u> 元 零 角 分) 医院发展与校友事务 办公室 负责人签名: 林伟明 2026年2月25日 | | | | | | |
| 广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>25,000.00</u> 元 (大写: <u>贰万伍仟零</u> 元 零 角 分) 负责人签名: 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: 梁 | 性别: 男 | 年龄: 2岁 |
| 病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院(花港院区) | | |

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), 将作为梁 的治疗费用。

受助人(监护人): 李

电 话:

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 柯传磊

电 话: 18924052214

日 期: 2026年3月3日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:梁 性别:男 年龄:1岁9月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

| | | |
|---|---------|--|
| 姓名:梁 | 住院号 | 出生地:广东省佛山市顺德区 |
| 性别:男 | 年龄:1岁9月 | 科室:儿科六区(血液/肿瘤) |
| 入院时间:2025-11-18 14:38 | | 出院日期:2025-12-12 12:44 |
| 临床诊断:1.恶性肿瘤(神经母细胞瘤,4/M期,高危,MYCN扩增,ALK突变,肝右叶,右肾,腹膜后,盆腔,双侧胸锁乳突肌,右上胸膜旁,多发骨转移,骨髓侵犯);2.手术后状态,其他特指的(腹膜后肿物切除、腹膜后淋巴结清扫、右肾上腺切除、肝部分切除、右肾部分切除、左颈部、腋窝淋巴结清扫、左纵膈切除术后);3.粒细胞缺乏伴发热;4.败血症(表皮葡萄球菌、血链球菌);5.化疗后骨髓抑制IV度;(1)白细胞减少IV度;(2)贫血III度;(3)血小板减少IV度;6.腹泻II度; | | |
| 治疗意见: 1. 苯海拉明糖浆,每次量:3ml,口服,每天3次,总量:3瓶; | | |
| 记录日期:2025-12-12 12:44 | 医生: |  黎阳 朱丽宇 |

家庭情况说明

兹有患儿梁，患神经母细胞瘤疾病，性别男，年龄2岁，是广东省佛山市顺德区北滘镇北滘社区居委会，（父亲：梁 母亲：辛）居民的儿子。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：梁 身份证号：

患儿母亲：辛 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



2026 年 1 月 20 日

