

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: 2026168

申请日期: 2026年2月28日

|   |   |  |                                    |                                    |  |                            |       |  |
|---|---|--|------------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------|-------|--|
| 病童资料                                    | 姓名  |  | 性别                                 | 出生年月                               | 身份证号码  |                            | 户籍所在地 |  |
|   | 张   |  | 男                                  | 2013.2.7                           |  |                            | 陈阳江   |  |
|   | 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   |
|   | 白血病细胞瘤  |  | 南方医大<br>珠江医院                       | 2025.10.10                         | 30万  |                            |       | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>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<br>50%                                 | <input type="checkbox"/> 城镇居民<br>% | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>% | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>%   | <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 1 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元<br>3、固定资产: 12 套房子; 12 辆摩托车; 0 辆小汽车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><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  | 张  | 54                                 | 良好                                 |  |                            |       |  |
|   | 母亲  | 施  | 54                                 | 良好                                 |  |                            |       |  |
| 申请救助理由(请详细描述)                           |   | 无收入. 家庭困难. 现在家里欠债5万元. 后面还须要很长时间治疗. 需要承担高额治疗费用. 压力巨大. 母亲年过50岁. 母亲失业. 希望基金会给予帮助. |                                    |                                    |  |                            |       |  |
| 本人保证上述情况完全真实.<br>申请人签名: 施               |   | 2026年2月28日   |                                    |                                    |  |                            |       |  |
| 医院填写                                    | 疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为髓母细胞瘤, 需规律化疗. 治疗费用需30万元   |  |                                    |                                    |  |                            |       |  |
|   | 医师签名: 赖为贵 2026年2月28日  |  |                                    |                                    |  |                            |       |  |
|   | 医院意见(盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分)<br>负责人签名: [Signature] 2026年3月3日 |  |                                    |                                    |  |                            |       |  |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:                          |   |  |                                    |                                    |  |                            |       |  |
| 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟零佰零拾零元零角零分) |   |  |                                    |                                    |  |                            |       |  |
| 负责人签名: [Signature] 2026年3月3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

病童姓名: 张 [redacted] 性别: 男 年龄: 13  
病种: 髓母细胞瘤 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

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), 将作为张 [redacted] 治疗费用。

受助人 (监护人): 施 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): \_\_\_\_\_

电 话: \_\_\_\_\_

经办人: 林传韵

电 话: 18924052214

日 期: 2026年3月10日

南方医科大学珠江医院

# 诊断证明书

姓名: 张 科室: 小儿血液科病区 床号 ID号 住院号

|  |  |
|--|--|
| 科别: 小儿血液科病区  | 入院日期: 2025年11月17日<br>出院日期: 2025年11月22日 |
| 检查结果: 详见出院小结。<br>诊断意见:<br>1. 髓母细胞瘤化疗治疗 ; 2. 髓母细胞瘤 (促纤维增生型, Group3) ; 3. 梗阻性脑积水 ; 4. 脑电图异常 ; 5. 化疗相关的恶心和呕吐<br>处理意见: 住院治疗。 |  |
| 医生签名: 文锦涛  |  |
| 日期: 2025年11月22日  |  |



签发单位: (盖章)

阳江市  
江城区

## 城西街东砵村民委员会

### 证明

兹有我村委会村民：张（男，身份证号码：  
其儿子张（男，身份证号码：  
因患恶性肿瘤，目前在南方医科大学珠江医院  
接受化疗治疗。

为全力照顾患病儿子，张与其妻子长期在医院陪护，无法外出务工，无任何工资性经济收入来源；该家庭不仅要承担高额的治疗费、检查费、医药费等，还要支付陪护期间的日常开支，经济压力巨大，家庭生活陷入困难，情况属实。

特此证明

阳江市江城区城西街东砵村民委员会



