

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: 2026229

申请日期: 2026年3月26日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地			
	黄	女	2025年6月20日		广西岑溪			
	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	
	室间隔缺损, 肺动脉瓣狭窄, 先天性气管肺炎等	广州市妇女儿童医疗中心(珠)	2026.3.20	10万		/	<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 未生效 %	<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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 6万 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 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	周	36	一般				
	母亲	/	/	/				
申请救助理由(请详细描述)	<p>单亲家庭, 自出生后多次生病住院早已花光积蓄并欠外债, 父亲常年风湿痛需吃药并且无经济来源, 母亲是残疾人且从未能正式工作无经济来源, 现患儿病情危急需尽快手术治疗, 收入低难以承担患儿全部医疗费, 现向基金会提交爱心资助申请, 助患儿渡过难关. 感谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 周 2026年3月26日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	室间隔缺损, 卵圆孔未闭, Kommerell憩室, 右位主动脉弓伴迷走左锁骨下动脉, 脐膨出. 预计12万元						
	医师签名:	[Signature]					2026年3月27日	
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥15000 元 (大写: 壹万伍仟元 拾 元 角 分)						
	负责人签名:	[Signature]					2026年3月31日	
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥5,000.00 元 (大写: 五仟零元 拾 元 角 分)								
负责人签名: [Signature] 2026年3月7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: 黃 [redacted] 性别: 女 年龄: 9个月
病种: 室间隔缺损(先心病) 脐疝等 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠)

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), 将作为黄 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: [signature]

电 话: 18924052218

日 期: 2016年 9月 8日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 黄 性别:女 年龄:9月 科别: 珠-心血管外科2组 床号 住院号

诊断: 1. 室间隔缺损 2. 先天性主动脉弓右位 3. 迷走锁骨下动脉畸形(右位) 4. 脐疝 5. 喘息性支气管炎

医嘱及建议: 患儿于2026-03-20至今在我院住院治疗。特此证明!

医师签名: [Signature]

日期:2026-03-20 18:04:02



- 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。

家庭情况说明

兹有患儿黄[] 患先天性心脏病，性别：女，
身份证号码：[] 年龄：9个月，是
广西岑溪市大业镇泗龙村村民（父亲：周[] 的女儿，
单亲家庭：孩子没出生前因感情不和就分手了）。因治
疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗
费，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：周[] 身份证号码 []

情况属实，特此证明。

大业镇泗龙村民委员会

经办人：李[]

联系电话：[]

2026年3月27日



