

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: 2026249

申请日期: 2026年3月25日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李		男	2023.12.30			广西北流市	
	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 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	神经母细胞瘤		中山大学孙逸仙纪念医院	2025.5.8	30W			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 60%	<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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 32000 元 3、固定资产: / 套房子; / 辆摩托车; / 辆小车 4、家庭困难类型: <input 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父亲	李	42	良好				
母亲	谢	40	良好					
申请救助理由(请详细描述)	<p>小儿子确诊神经母细胞瘤,病情危重,已进行多次化疗,手术,放疗(20次)现进行脐血干细胞移植,后续还有上百万的免疫治疗,本是困难家庭,现在更是负债累累,还有大儿子要上学,家里老人年近70岁,实在无力承担后续巨额治疗费用,恳请恤孤基金给予救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谢 2026年3月25日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿李, 诊断为神经母细胞瘤(IV期,高危), 经综合治疗后病情达PR, 于2026-3-9输注脐带血造血干细胞移植, 本次住院费用约30W。 医师签名: 黄 儿科五 2026年3月31日</p>							
	<p>医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 377 元 (大写: 3 万 零 七 十 七 元 零 分) 负责人签名: 林伟吟 2026年3月31日</p>							
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁 万 零 肆 千 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 邓 2026年3月13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

病童姓名: 李 [redacted] 性别: 男 年龄: 2
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为李 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 谢 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年4月14日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:李 性别:男 年龄:2岁1月 科室:儿科五区(过渡区) 床号 住院号

姓名:李	住院号	出生地: 广西壮族自治区玉林市北流市
性别:男	年龄:2岁1月	科室:儿科五区(过渡区)
入院时间: 2026-02-03 11:20		出院日期: 2026-02-07 11:27
临床诊断: 1.恶性肿瘤(神经母细胞瘤 IV 期高危 多部位淋巴结转移(腹腔腹膜后、盆腔、膈脚后、双侧膈上、左侧锁骨上); 2.泌尿道感染(待排);		
治疗意见: 详见出院小结。		
记录日期: 2026-02-07 16:25		医生: 黄科 岑科



