

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: 2026261

申请日期: 2026年4月7日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	蔡	女	2021.11.4		广东省雷州市客路镇		
	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
	神经胶质瘤	广州医科大学附属第一医院 儿童医学中心	2026.1.24	25万			<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 80%	<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 4 名;		
	父亲 蔡	40	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 80000 元		
	母亲 陈	38	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 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		
申请救助理由(请详细描述)	<p>孩子从2026.1.24突然开始发病,在湛江市人民中心医院住院治疗,现在在广州市增城区妇幼保健院治疗,费用昂贵需要帮助.家里一个劳动力,4个小孩在上小学,两个老人要养,家庭比较困难。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蔡 2026年4月7日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1.神经胶质瘤 2.大脑功能障碍 3.颅造口状态. 费用: 25万.						
	医师签名: 李伟 2026年4月7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: 何靖雯 2026年4月8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 拾 元 零 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年4月8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: 蔡 [redacted]	性别: 女	年龄: 4岁5个月
病种: 神经质瘤 嵌	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心 (增城院区)	

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), 将作为蔡 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡 [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 9月 21日

广州市妇女儿童医疗中心（增）
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：蔡 性别：女 年龄：4岁 科别：增-PICU1组 床号 住院号

诊断：1. 神经胶质瘤(右侧额颞顶叶占位) 2. 脑疝 3. 症状性癫痫(继发性癫痫) 4. 脑积水 5. 中枢性尿崩症 6. 大脑功能障碍 7. 呼吸衰竭 8. 肺炎 9. 轻度贫血 10. 视神经乳头水肿(右眼) 11. 暴露性角膜炎(左眼) 12. 电解质紊乱 13. 凝血功能障碍 14. 气管造口状态

医嘱及建议：患儿2026. 2. 9-2026. 4. 7于我院PICU（增）住院治疗。

医师签名：/ /

日期：2026年04月07日 10:16:23

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。



