

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: 2026267

申请日期: 2026年3月20日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈	女	2015.09.19			海丰县	
	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 type="checkbox"/> 否
	横纹肌肉瘤	中山大学 孙逸仙医院	2015.10.16	30-50万			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 40%	<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 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>6万</u> 元 3、固定资产: <u>/</u> 套房子; <u>/</u> 辆摩托车; <u>/</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	陈	40	健康	
	母亲	/	/	/	

申请救助理由(请详细描述)

因为儿子患严重横纹肌肉瘤,本人身由家庭收入唯一来源,需照顾病童而无法工作而失去收入来源.现沉重的医疗费用无力承担,特此申请救助,望批准,万分感谢

本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 陈 2026年3月20日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	颈部横纹肌肉瘤 后续化疗及放疗预估费用20万元
	医师签名:	2026年3月20日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金3万 元(大写: 3万 一 千 一 百 一 拾 元 角 分)
	负责人签名:	林伟明 2026年4月7日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥25000.00 元(大写: 贰万 伍 千 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分)

负责人签名: 林伟明 2026年4月20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: [Redacted]	性别: 女	年龄: 10
病种: 横纹肌肉瘤	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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为 [Redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): [Redacted]

电 话: [Redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: [Signature]


电 话: 18924052214

日 期: 2026年4月21日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:欧 性别:女 年龄:10岁5月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:欧	住院号	出生地:广东省汕尾市城区
性别:女	年龄:10岁5月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-03-18		出院日期:2026-04-01
临床诊断:1.颞部横纹肌肉瘤(3期,左侧颞骨,胚胎型,中枢组,5程化疗后); 2.化疗后骨髓抑制(IV°); (1) 粒细胞缺乏(IV°); (2) 贫血(II°); 3. 血小板减少(IV°); 4.低钾血症(I°); 5.转氨酶升高(II°);		
治疗意见:		
记录日期:2026-04-01	医生:	

海丰县
汕尾市赤坑镇长围村民委员会用笺

证明

兹证明我村民欧 男，身份证号
家庭住址：海丰县赤坑镇长围村委 该家庭为单亲特困家庭，家庭成员共 2 人，无其他共同生活亲属提供经济支持。

家庭主要经济来源为临时务工，年均收入极低，仅能维持基本温饱。现家中子女，欧 角诊患有耳癌重病，需长期规范治疗，医疗支出巨大，已耗尽家庭全部积蓄，并欠下外债。抚养人因照顾重病子女无法正常就业，家庭无持续收入，生活极其困难。

以上情况均属实，无虚假隐瞒，特此证明，恳请相关部门给予救助。

海丰县赤坑镇长围村民委员会

经办人签字：

联系电话：

日期：2026 年 2 月 11 日

