

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: 2026286

申请日期: 2026年4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	
	刘	女	2024.08.29			湖南省永州市道县	
	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
	室间隔缺损	广州市妇女儿童医疗中心	2024.08.29	8万		/	<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 50%	<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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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	刘	34	良好		
	母亲	刘	33	良好		

申请救助理由(请详细描述):  
 因刘 患有先天性心脏病室间隔缺损,右加上有老人小孩需要,尽管享受医保报销,但部分仍高达几万元,又任以承担巨额医疗费,特申请救助。  
 本人保证上述情况完全真实。  
 申请人签名: 刘 2026年4月20日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	1.室间隔缺损 2.先天性三尖瓣关闭不全. 预计总体治疗费用: 80000元.
	医师签名:	陈佩 2026年4月20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) (拾元一角二分) 负责人签名: 何瑞雯 2026年4月21日

广东公益恤孤助学促进会意见:  
 同意救助 ¥5,000.00 元(大写: 五仟元) (拾元一角二分)  
 负责人签名: 何瑞雯 2026年4月21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: 刘	性别: 女	年龄: 1岁7月
病种: 室间隔缺损	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心	

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), 将作为刘 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林伟富

电 话: 18924052219

日 期: 2026 年 4 月 28 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: 刘 性别:女 年龄:1岁7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. 先天性三尖瓣关闭不全

医嘱及建议:

患儿于2026.04.18至今于我院住院治疗, 特此证明。

医师签名: 陶德康 /

日期: 2026-04-20



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。

## 情况说明

兹有我村 [ ] 村民：刘 [ ] 身份证号码：  
[ ] 杨 [ ] 身份证号码：  
[ ] 家庭人口 7 人，上有 66 岁的  
老母亲，下有 4 个子女，需要抚养，妻子杨 [ ] 需要  
在家带养小孩和照顾老人，家庭目前仅刘 [ ] 一个家  
庭劳动力。女儿刘 [ ] 身份证号码：  
[ ] 现生病住院治疗，让家庭更加  
困难，家庭情况实属困难。

特此说明

道县上关街道办事处七里岗村村民委员会



