

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: 2026299

申请日期: 2026年3月2日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地			
	欧	男	2021年1月		江西省赣州市			
	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	赣州市妇幼保健院 重症中心	2023.9.3	100万			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 40_%	<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 12名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 35-4万 元 3、固定资产: 1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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父亲	欧	37	健康				
	母亲	黄	37	健康				
申请救助理由(请详细描述)	<p>患儿年仅5岁不幸确诊“神经母细胞瘤(IV期高危)肿瘤扩散全身,必须接受化疗、手术、放疗、免疫治疗等综合治疗,预计费用高达100万。家庭唯一的经济来源来自于父亲每月4000的工资,家中还有一个幼儿及老人需要赡养,家庭经济极度困难,故向贵基金申请救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2026年3月2日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 转移性神经节神经母细胞瘤 治疗: 术前化疗免疫治疗+根治手术+基因检测+术后化疗免疫治疗+术后放疗+口服DFMO+定期MFB复查。 预计费用: 100万 医师签名: 谭云刚 2026年3月4日 医院意见(盖章): [盖章]</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万伍仟元) (大写: 贰万伍仟元 拾元 一角一分) 负责人签名: 何靖雯 2026年3月3日</p>							
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥35,000.00 元 (大写: 叁万伍仟零元 零角 零分) 负责人签名: 孙晓娟 2026年3月2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: 歐	性别: 男	年龄: 5岁
病种: 神经母细胞瘤	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 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为欧 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄

电话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话:

经办人: 林

电话: 189 2405 2219

日期: 2016年4月28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：欧 性别：男 年龄：4岁 科别：增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断：1. 神经节神经母细胞瘤 2. 贫血 3. 中度营养不良 4. 化疗后骨髓抑制 5. 血小板减少 6. 粒细胞缺乏

医嘱及建议：患儿2026-01-08至2026-02-16于我院住院治疗，特此证明！

医师签名：杨天佑/谭天宝/李海涛/赵行琪

日期：2026年02月16日 14:00:00

- 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。

谭天宝





批准机关:

编号:

发证日期:

户主姓名	政	性别	男	出生年月	2021.01
保障人口	1	户月保障金额	513	保障类别	<input type="checkbox"/> 常补 <input type="checkbox"/> 非常补
身份证号码			户籍类别	<input checked="" type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业	
户籍所在地	大埠 街道(乡镇)		社区(村)		
纳入保障的家庭成员情况					
姓名	与户主关系	性别	年龄	身体状况	



