

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: 2026 354

申请日期: 2026 年 5 月 19 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	[模糊]		女	2015.12.26	[模糊]	广西玉林		
	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
	扩张型心肌病		广州市妇儿医院	2025.4.5 2026.4.5	40万	[模糊]	/	<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 <u>4</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>1-2万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>2</u> 辆摩托车; <u>无</u> 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			
	父亲	[模糊]	40	良好				
	母亲	王	45	良好				
申请救助理由 (请详细描述)	我是来自广西玉林, 我家共 8 口人, 爷奶, 我们夫妻 2 人, 四个孩子, 3 个在读书, 爷爷奶奶年迈, 我们夫妻俩因为孩子的病情也都没有工作, 家里借遍了亲戚朋友, 网贷, 信用卡, 水滴筹, 实在是困难, 无力承担。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 [模糊] 2026 年 5 月 10 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 扩张型心肌病, 2026-5-9 行心脏移植术, 预计费用 30-50 万 医师签名: 李莉娟 2026 年 5 月 10 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 <u>¥50000</u> 元 (大写: <u>伍万</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: 何靖雯 2026 年 5 月 18 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>¥25,000.00</u> 元 (大写: <u>贰万五仟零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: [模糊] 2026 年 5 月 15 日 秘书处								





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: 许 [redacted] 性别: 女 年龄: 10
病种: 扩张性心肌病 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为许 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王 [redacted]

电话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电话: /

经办人: 林佳嘉

电话: 189 2405 2219

日期: 2016年5月26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

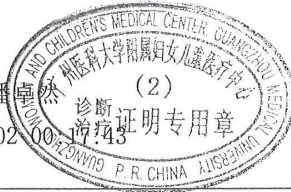
姓名：许 性别：女 年龄：10岁 科别：珠-心血管外科2组 床号 住院号：

诊断：1. 扩张性心肌病(充血性心肌病) 2. 充血性心力衰竭

医嘱及建议：患儿2026.04.05-?? 于我院珠-心血管外科2组住院治疗。

医师签名：李新明 / 潘卓然

日期：2026-05-02



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。

