

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: 2026380

申请日期: 2026年5月13日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	林	男	2021.8.17		广东		
	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
	转移性神经母细胞瘤	广州市妇女儿童医疗中心	2025.07.06	50万		/	<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 type="checkbox"/> 新农合 %	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 <u>50</u> %	<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	健康状况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>1</u> 名;		
	父亲 林	45	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>50000</u> 元		
	母亲 童	42	良好		3、固定资产: <u>/</u> 套房子; <u>/</u> 辆摩托车; <u>/</u> 辆小车		
申请救助理由（请详细描述）	<p>我们是普通农村家庭，家有5个成员，有2个老人身体不好，公公中风2年需要人照顾，长期吃药。目前只有1个人工作赚点生活费。患儿于2025年7月6日确诊神经母细胞瘤治疗了2个月的化疗，因经济情况放弃了治疗，中途半年没有治疗。于2026年1月中旬脚痛，又前往医院检查病情恶化，后续需要大量资金，手术在筹钱中，免疫治疗又不起。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 童 2026年5月13日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:	腹膜后腔丛性肿瘤（转移性神经母细胞瘤），预计费用50万					
	医师签名:	李海博 2026年5月13日					
医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>25000</u> 元（大写: <u>贰万伍仟零拾元零角二分</u> ） 负责人签名: 何靖雯 2026年5月19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>贰万伍仟零拾元零角二分</u> ） 负责人签名: 何靖雯 2026年6月1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: 林 [redacted] 性别: 男 年龄: 4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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为林 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 童 [redacted]

电话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话: [redacted]

经办人: 柯 [redacted]

电话: 189 24 05 2214

日期: 2016年 6月 4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: 林 性别:男 年龄:4岁 科别: 增-肿瘤外科1组 床号 住院号:

诊断:

- 1. 转移性神经节神经母细胞瘤
- 2. 手术前恶性肿瘤化学治疗
- 3. 中度营养不良
- 4. 化疗后骨髓抑制
- 5. 粒细胞缺乏
- 6. 血小板减少
- 7. 感染性发热
- 8. 贫血

医嘱及建议:

患儿于2026. 02. 25-2026. 03. 18在我院肿瘤外科住院治疗。

医师签名:杨天佑李嘉豪李海涛/黄泽鸿/

日期:2026-03-18

李海涛

- 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。



家庭情况说明

兹有林 [REDACTED]，身份证号码：[REDACTED] 家庭住址：广东省封开县江口街道封川村委会 [REDACTED] 为我辖区村民，系我村一般困难家庭，家庭人口 5 人，其中劳动力 2 人；其爷爷奶奶已年满 70 岁，无劳动能力。目前林 [REDACTED] 正在广州市妇女儿童医疗中心治疗，治疗费用较高，家庭经济压力极大，无力承担全部治疗费用，现向社会慈善基金会申请医疗救助。

特此说明

江口街封川村民委员会
2026 年 3 月 24 日



