

### 广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026405

申请日期: 2026年6月11日

|                                |   |  |  |  |  |                            |        |   |
|--------------------------------|---|--|--|--|--|----------------------------|--------|---|
| 病童资料                           | 姓名  |  | 性别                                     | 出生年月                                   | 身份证号码  |                            | 户籍所在地  |   |
|                                | 郑   |  | 男                                      | 2022-6                                 |  |                            | 广东省遂溪县 |   |
|                                | 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  |
|                                | 先天性心脏病  |  | 广州医科大学附属医院                             | 2022.7                                 | 5万元  |                            | /      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>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<br>√ 50% | <input type="checkbox"/> 城镇居民<br>____% | <input type="checkbox"/> 商业保险<br>____% | <input type="checkbox"/> 其他保险<br>____%   | <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 3 名;<br>2、家庭年收入(不含政府补贴) 3.65 元<br>3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><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 郑  | 35   | 良好                                     |  |  |                            |        |   |
| 母亲 宋                           | 34  | 良好   |  |  |  |                            |        |   |
| 申请救助理由(请详细描述)                  | 家庭人口7人, 劳动力2人, 以务农和打零工为主要收入来源, 收入微薄且不稳定, 需要赡养老人抚养3个小孩, 老大就读小学, 每年学费及生活费为3千余元, 老二和老三就读幼儿园每年学费和生活费1.5元, 本次申请救助老三小儿子患有先天性心脏病, 自出生就频繁感冒, 刚进住院, 后续还需要承担高额手术费用, 目前家庭已向亲戚借5万元用于日常开销与前期治疗, 至今尚未还清, 近年受大环境冲击, 务工收入不稳定, 家庭无力支撑孩子心脏病的巨额手术费用。<br>本人保证上述情况完全真实。<br>申请人签名: 宋 2026年6月11日 |  |  |  |  |                            |        |   |
| 医院填写                           | 疾病诊断及治疗(费用): 先天性心脏病(先天性), 二、三尖瓣返流, 附费用5万  |  |  |  |  |                            |        |   |
|                                | 医师签名:   |  | 2026年6月11日                             |  |  |                            |        |   |
| 医院意见(盖章):                      |   | 建议给予医疗救助金 ¥ 1 万元 (大写: 壹万 仟 元 正 拾 元 零 角 分)        |  |  |  |                            |        |   |
| 负责人签名: 郑                       |   | 2026年6月11日                                       |  |  |  |                            |        |   |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:                 |   |  |  |  |  |                            |        |   |
| 同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟 元 正) |   | (易破)   |  |  |  |                            |        |   |
| 负责人签名: 刘                       |   | 2026年6月15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  
(易嫫公益项目)

|            |                    |       |
|------------|--------------------|-------|
| 病童姓名: 郑    | 性别: 男              | 年龄: 4 |
| 病种: 先天性心脏病 | 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院 |       |

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), 将作为郑 的治疗费用。

受助人 (监护人): 郑

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 6月 16日



### 疾病诊断证明书

姓名: 郑

性别: 男

年龄: 3岁

住院号

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

诊断: 室间隔缺损

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 王凯\*\*

医务科 (盖章)

日期: 2026年6月11日



# 遂溪县洋青镇城榄村民委员会

## 证明

兹有我城榄村委会 村民小组村民郑 (男, 汉族, 身份证号码: 和宋 (女, 汉族, 身份证号码: 夫妇, 郑 和宋 夫妇 患儿郑 (男, 汉族, 身份证号码: 户主郑 (男, 汉族, 身份证号码: 家庭收入来源于郑 和宋 夫妇二人在家务农及外出务工, 家庭年收入 50000 元。郑 和宋 家庭有三个在校生, 还需赡养年老的父亲郑 (男, 汉族, 身份证号码: 和母亲朱 (女, 汉族, 身份证号码: 家庭收入低, 生活困难, 情况属实。

特此证明

洋青镇城榄村民委员会

2026年5月1日

