

# 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: 2026453

申请日期: 2026年 6月3 日

|                |                                             |                                                                                                                    |                                                                                         |                                       |                                       |                                                                                                                                                                              |       |                                                                     |
|----------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------|
| 病童资料           | 姓名                                          |                                                                                                                    | 性别                                                                                      | 出生年月                                  | 身份证号码                                 |                                                                                                                                                                              | 户籍所在地 |                                                                     |
|                | 陈                                           |                                                                                                                    | 女                                                                                       | 2017 09 21                            |                                       |                                                                                                                                                                              | 广东省佛山 |                                                                     |
|                | 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                                                                |
|                | 肾恶性肿瘤                                       |                                                                                                                    | 广州市妇女儿童医院                                                                               | 20251204                              | 50万元                                  |                                                                                                                                                                              | /     | <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 约 60 %                                                                     | <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                                                                                      | 健康状况                                  | 联系电话                                  | 1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</u> 名;                                                                                                                                                    |       |                                                                     |
|                | 父亲                                          | 陈                                                                                                                  | 38                                                                                      | 良好                                    |                                       | 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>约 3 万元</u>                                                                                                                                                |       |                                                                     |
|                | 母亲                                          | 刘                                                                                                                  | 36                                                                                      | 良好                                    |                                       | 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车                                                                                                                            |       |                                                                     |
|                |                                             |                                                                                                                    |                                                                                         |                                       |                                       | 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 |       |                                                                     |
| 申请救助理由（请详细描述）  |                                             | <p>尊敬的领导, 因女儿患肾恶性肿瘤, 治疗费用较高, 家庭经济条件差, 无力承担全部治疗费用, 现申请恤孤公益的救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。<br/>申请人签名: 陈 2026 年 6 月 3 日</p> |                                                                                         |                                       |                                       |                                                                                                                                                                              |       |                                                                     |
| 医院填写           | 疾病诊断及治疗（费用）: 诊断肾恶性肿瘤, 治疗时间较长, 费用巨大, 约 50 万元 |                                                                                                                    |                                                                                         |                                       |                                       |                                                                                                                                                                              |       |                                                                     |
|                | 医师签名:                                       |                                                                                                                    | 路群立 2026 年 6 月 3 日                                                                      |                                       |                                       |                                                                                                                                                                              |       |                                                                     |
|                | 医院意见（盖章）:                                   |                                                                                                                    | <p>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分）</p> <p>负责人签名: 何靖良 2026 年 6 月 8 日</p> |                                       |                                       |                                                                                                                                                                              |       |                                                                     |
| 广东公益恤孤助学促进会意见: |                                             |                                                                                                                    |                                                                                         |                                       |                                       |                                                                                                                                                                              |       |                                                                     |
| 同意救助           |                                             | <p>¥ 25,000.00 元（大写: 贰万 伍仟 元 整）</p> <p>负责人签名: 何靖良 2026 年 6 月 29 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: 陈 性别: 女 年龄: 8  
病种: 肾恶性肿瘤 治疗医院: 广州市妇女儿童中心

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2026年 6月30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：陈 性别：女 年龄：8岁 科别：珠-血液肿瘤科1组 床号： 住院号：

诊断：1. 手术后恶性肿瘤化学治疗 2. 肾恶性肿瘤

医嘱及建议：患儿于2026. 01. 21在我院血液肿瘤科（珠）住院治疗。

医师签名： 张汶莉 / 张汶莉

日期：2026-1-21 13:13:19

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。



### 家庭情况说明

兹有患儿陈患肾恶性肿瘤疾病，性别女，年龄9岁，是广东省（区、市）佛山市（州）三水县（区）大塘乡镇（街道）        村民小组（居委会），（父亲：陈母亲：刘）        村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：陈 身份证号：

患儿母亲：刘 身份证号：                    

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章:

2026年6月4日

