

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: 2026458

申请日期: 2026 年 6 月 1 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	范		男	2013.1.25			四川省南充市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	重症肺炎、呼吸衰竭、进行性肌营养不良		广州市妇女儿童医疗中心	2026.5.18 2023.1.25	15万		
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 ☐ 城镇居民	☐ 商业保险 ☐ 其他保险	☐ 无	是否残疾		是 ☒ 否 ☐
残疾类型和级别: 肢体一级							
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>1</u> 名;		
	父亲 范	50	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>8万</u> 元		
	母亲 范	47	健康		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: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 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） 因患儿患有进行性肌营养不良基础重病，该疾病为罕见遗传性疾病，病程呈进行性加重，无法根治，长期需要医疗监护与对症治疗，身体机能衰退，免疫力低下。本次突发重症肺炎，合并呼吸衰竭，病情危重，加之反复就医用药，家庭经济早已耗尽，无能力承担高额医疗费用，为继因此特申请医疗救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 范 2026 年 6 月 1 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:				1. 重症肺炎 2. 呼吸衰竭 3. 进行性肌营养不良		
	医师签名: 党河				预计还需住院时间1个月，费用15万元		
	医院意见（盖章）:				2026 年 6 月 3 日		
建议给予医疗救助金 ¥ <u>20000</u> 元（大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分）				负责人签名: 何清爱			
				2026 年 6 月 8 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: 贰万伍仟元整）							
负责人签名: 何清爱							
2026 年 6 月 29 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

病童姓名:	苏	性别:	男	年龄:	13岁
病种:	进行性肌营养不良 重症肺炎	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），将作为苏 的治疗费用。

受助人（监护人）: 苏

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:

18924052214
2016年 6月 30日

广州市妇女儿童医疗中心（儿）

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: 苏 性别: 男 年龄: 13岁 科别: 儿-PICU2组 床号: 住院号:

诊断:

1. 重症肺炎 2. 呼吸衰竭 3. 进行性肌营养不良

医嘱及建议: 于2026.5.23至今在我院PICU住院治疗。

洗彩霞

医师签名: 洗彩霞

日期: 2026/6/3 16:16:38

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

兹有患儿苏，患进行性肌营养不良（DMD）疾病，性别男，年龄13岁，是四川省南充市嘉陵区世阳镇杨家寺村（父亲：苏母亲：范）村民的儿子。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：苏身份证号：

患儿母亲：范身份证号：

情况属实，特此证明。

四川省南充市嘉陵区世阳镇杨家寺村村民委员会

2026年5月28日



