

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: 2026457

申请日期: 2026年6月5日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林		女	2022.11			广东省肇庆市	
	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
	抗NMDA脑炎 左脚血栓肿胀		广州妇女儿童医疗中心	2026.5.2	20万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 8000 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 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		
	父亲	林	35	良				
	母亲	李	34	良				
申请救助理由(请详细描述)		2026年4月28日在广东省肇庆第一人民医院治疗4日后转至广州妇女儿童医疗中心确诊罕见病自身免疫性脑炎,神经内科治疗一周后转PICU治疗9天,后转神经内科治疗15天后,二转PICU治疗(左脚血栓),目前还在PICU治疗,因家里只有孩子父亲一人工作养6口人,目前治疗费用较大,恳请支持。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2026年6月5日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 抗NMDA脑炎、大脑功能障碍、运动障碍、甲减、肝功能检查异常等 预计治疗费用 200000元 医师签名: 李婉因 2026年6月8日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元(大写: 贰万伍仟元) (分)							
	负责人签名: 李婉因 2026年6月9日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元(大写: 贰万伍仟元) (分) 负责人签名: 李婉因 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: 林	性别: 女	年龄: 3
病种: 抗 NMDAR 脑炎 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), 将作为林 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林

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7月1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: 林 性别: 女 年龄: 3岁 科别: 儿-PICU1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 抗NMDA受体脑炎 2. 大脑功能障碍 3. 运动障碍 4. 横纹肌溶解症, 待查 5. 下肢静脉血栓形成(左下肢) 6. 甲状腺功能检查的异常结果 7. 低钠血症 8. 低钾血症 9. 贫血

医嘱及建议: 患儿于2026.05.04-至今在我院神经科及PICU住院治疗。

医师签名: 左云龙/陈丹

日期: 2026-06-06 16:00:21



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

广州市妇女儿童医疗中心PICU兹有患儿林，患自免脑炎疾病，性别女，年龄3岁，是广东省（区、市）肇庆市（州）鼎湖区（区）坑口乡镇（街道）莲园村民小组（居委会），（父亲：林 母亲：李 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：林 身份证号：

患儿母亲：李 身份证号：

情况属实，特此证明。



村委会/居委会盖章：

2026年6月8日

