

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: 2026465

申请日期: 2026年 6 月 19日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李		男	2011年11月4日			广西南宁市武鸣区两江镇	
	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
	尤文氏肉瘤		珠江医院	2026年1月18日	30万			☒ 是 ☐ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 80-90%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别: 二级
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	李	49	血压高		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>2880</u> 元		
	母亲	冯	50	高血压		3、家庭资产: 自有 <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车		
申请救助理由（请详细描述）		我是单亲家庭，2000年因病情生意失败欠债15万，母亲2011年因脑梗偏瘫（二级残疾）要照顾母亲与孩子不能外出工作，只能在农村打打零工维持生活开支，现如今孩子患尤文氏肉瘤肿瘤在椎管内导致压迫下肢神经双下肢瘫痪，我要带孩子就医无法工作，家庭月收入只有支出，高昂的药费、租房、伙食、杂七杂八的费用我已经无力再支付，后续治疗还很长，实在坚持不住，特向贵基金会申请援助，救助，感谢好人一生平安！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2026年 6 月 10日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 确诊为尤文氏肉瘤，伴有截瘫，需化疗+放疗+康复训练治疗，总费用约30万元。							
	医师签名: 江 2026年 6 月 10 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 2026年 6 月 12日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 2026年 6 月 19 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: 李 性别: 男 年龄: 14
病种: 尤文氏肉瘤 治疗医院: 珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

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 7月 1日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：李 科室：小儿综合内科病区 床号 ID号 住院号：

科别：小儿综合内科病区 入院日期：2026年06月02日
出院日期：2026年06月10日

检查结果：

诊断意见：
1. 尤文肉瘤化学治疗；2. 骨外尤文肉瘤/外周原始神经外胚层瘤（胸4-5水平椎管内外）；3. 细菌性感染；4. 泌尿道感染；5. 截瘫
处理意见：住院治疗

医生签名：兰和烈
日期：2026年06月10日

签发单位：（盖章）



证明

兹证明李 (身份证号码:

家庭住址：两江镇

家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为：2025年10月01日

该证明开具日期为2026年03月04日，自开具日期起有效期为6个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	李		03月	2025年10月01日
2	李		03月	2025年10月01日

两江镇人民政府
2026年03月04日



