

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: 2026475

申请日期: 2026年6月22日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	苏		男	2015.11.23			开平	
	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
	肾病综合征 FSGS		广州市妇女儿童 医院	2017年12月	50万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别: /
购买保险情况及报 销比例		☒ 新农合 40-50%	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>70000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>2</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		
	父亲	苏	42	健康				
	母亲	麦	31	健康				
申请救助理由(请详细描述): 确诊以来长期住院 由于要陪护导致收入不稳定, 今年9月份到止尚复旦 大学附属儿科医院治疗2个多月花费巨大, 家庭收入难以支撑后续治疗 支出。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 苏 2026年6月22日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 肾病综合征(FSGS) 50万 广州市妇女儿童医院 医师签名: 30万 2026年6月22日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥25000 元 (大写: 贰万伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 王靖雯 慈善基金审批专用章 2026年6月23日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000 元 (大写: 贰万伍仟 元) 负责人签名: 林钧泽 2026年7月6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:	蘇 [redacted]	性别:	男	年龄:	10岁
病种:	肾病综合征, FSGS 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 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）: 蘇 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: /

电 话: /

经办人: 林仕裕

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2016年7月7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：10岁 科别：儿-肾内科2组 床号： 住院号：

诊断：1. 肾病综合征伴节段硬化性肾小球肾炎（FSGS，肾炎型，继发激素耐药） 2. 维生素D缺乏性贫血 3. 低钾血症
4. 轻度贫血

医嘱及建议：患儿于2026.06.12在我院儿-肾脏内科2组住院治疗。

医师签名：龚望球/

日期：2026/6/17 15:23:11



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，患肾病综合征疾病，性别男，年龄10岁，是广东省（区、市）江门市（州）开平县（区）水口乡镇（街道）红花村民小组（居委会），（父亲：苏，母亲：麦）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：苏 身份证号：

患儿母亲：麦 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2026 年 5 月 29 日



