

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: 2026487

申请日期: 2026年07月06日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		女	2026.03.16			广东省东莞市高埗镇	
	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
	先天性心脏病		广东省妇幼保健院 (儿童医院)	2026.04.08	15万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5万 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 吴	36	一般					
母亲 刘		33	优					
申请救助理由(请详细描述)		患先天性心脏病, 在住院期间需行二次心胸外科手术矫治, 预估总费用15万左右, 医保报销比例50%, 家庭收入微薄, 孩子父母无工作, 只靠母亲一个人的收入维持, 无力承担自费部分手术、住院、药费及术后康复相关费用, 家庭经济难以支撑患儿完整治疗。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘 2026年07月06日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患先天性心脏病, 1.室间隔缺损(近半心高) 2.先天性主动脉瓣关闭不全(轻度) 3.先天性主动脉瓣狭窄(轻度) 4.肺动脉高压(轻度)。于2026年6月29日全麻下行室间隔缺损修补术及主动脉瓣置换术, 术后恢复良好, 预计总费用15万左右, 特此证明。 医师签名: 李锐 2026年07月06日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥15000 元 (大写: 壹万伍仟元 角一分) 负责人签名: 何靖雯 2026年7月6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) 负责人签名: 李锐 2026年7月13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: 吳 [redacted] 性别: 女 年龄: 3月+
病种: 复杂型先天性心脏病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心 (珠江新城)

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), 将作为吴 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 柯仕福

电 话: 18924052214

日 期: 2016年7月14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：吴 性别：女 年龄：3月 科别：珠-CICU1组 床号 住院号

诊断：1. 完全性房室隔缺损（近单心房） 2. 先天性二尖瓣关闭不全（重度） 3. 先天性三尖瓣关闭不全（重度） 4. 肺动脉高压重度

医嘱及建议：患儿自2026. 06. 24至今于我院住院治疗，2026. 06. 29全麻下行“完全型心内膜垫缺损人造补片矫治术+房间隔缺损部分修补术”，特此证明。

医师签名：杨帆 / 日期：2026-07-01 11:48:51

- 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。



证明

兹证明我辖区居民吴[]（女，身份证号[]）在2026年4月8日被高州市妇幼保健院确诊患有先天性心脏病，其父亲吴[]（男，身份证号[]）为照顾吴[]治疗暂时无法工作，家庭收入减少，并且后续治疗还需要高额医疗费用。

以上情况属实，特此证明！

高州市潘州街道办事处谢村社区居民委员会

2026年7月3日



