

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: 2026492

申请日期: 2026年6月18日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	男		女	2018-12-15			广东-佛山	
	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
	胶质瘤		广东省人民医院	2025-9-5	30万元			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 50_%	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 无	残疾类型和级别:
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____名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元 3、固定资产: 0套房子; 0辆摩托车; 0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	男	31	一般				
	母亲	唐	38	一般				
申请救助理由(请详细描述)	本人为佛山南海镇居民,家中孩子确诊视路胶质瘤,需长期化疗复查。 因主人陪护治疗,家庭收入锐减,前期治疗耗尽积蓄,医保报销自付费用 依旧高昂,无力承担后续医疗开支,特此向贵基金会申请救助,用于后续治疗。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: [签名] 2026年6月18日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿在2025-8-29在贵院行“脑瘤切除术”,术后病理提示,确诊为“胶质瘤(节细胞胶质瘤,WHO I级)”,定在贵院化疗多次,预计费用20万元人民币左右。 医师签名: [签名] 2026年6月18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: [签名] 2026年7月2日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟元整) 负责人签名: [签名] 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: 罗 [redacted] 性别: 女 年龄: 7岁
病种: 胶质瘤 治疗医院: 广东省人民医院

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), 将作为罗 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 林伟标

电 话: 18924052214

日 期: 2026年7月19日



疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 住院号(门诊号) 编号：
姓名： 罗 性别： 女性 年龄： 7岁5月 床号： 28床
入院日期： 2026-06-11 出院日期： 2026-06-18
处理意见：

患儿诊断“1. 化疗后骨髓抑制，2. 菌血症(表皮葡萄球菌)，3. 急性上呼吸道感染，4. 脑肿瘤(节细胞胶质瘤，WHO I级)，5. 继发性肾上腺皮质功能减退症，6. 继发性甲状腺功能减退(中枢性)，7. 垂体功能低下，8. 维生素D缺乏，9. 血脂异常，10. 便秘，11. 胃肠功能紊乱”在我院住院治疗。

诊断：

1. 化疗后骨髓抑制，2. 菌血症(表皮葡萄球菌)，3. 急性上呼吸道感染，4. 脑肿瘤(节细胞胶质瘤，WHO I级)，5. 继发性肾上腺皮质功能减退症，6. 继发性甲状腺功能减退(中枢性)，7. 垂体功能低下，8. 维生素D缺乏，9. 血脂异常，10. 便秘，11. 胃肠功能紊乱

医嘱：

儿童内分泌科复诊，儿童血液科随诊，监测血常规和肝功能及血脂的变化，6月23日入院进一步VCE方案化疗治疗，联系电话：020-81884713-80311。

复诊建议：

医师：

李永康

日期：

2026年06月18日

注：

1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用



说明书

本人 罗 性别 男，身份证号码：

户籍地址：广东省佛山市南海区大沥镇

联系电话：

本人家庭共 3 口人，家庭主要经济来源为：本人一个上班+打零工，家庭经济条件薄弱，收入仅能维持基础日常开销。

现家中亲属 罗 与本人关系：父女，身份证号码 于 2025 年

_8_月经广东省人民医院确诊患有 胶质瘤（重大疾病全称，以医院诊断书为准），患病后长期需住院治疗、定期复查、放疗 / 化疗 特效药、接受康复护理等，产生高额医疗费用，且该亲属因病完全幼小，需要爱人全程照看，导致家庭劳动力减少、收入进一步降低。

截至目前，已花费大量医疗费用，耗尽家庭全部积蓄，后续还需治疗，经济压力极大。

本人在此郑重承诺，以上所述情况全部真实有效，无任何虚假、隐瞒内容，恳请社区居委会对本人家庭情况予以核实，并给予盖章确认，以便申请相关帮扶救助。

特此说明！

申请人（签字并按手印）：

申请日期：2026 年 5 月 18 日

日期：



