

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: 2026496

申请日期: 2026 年 6 月 24 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	2020年11月14日			广东省廉江市安铺镇	
	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
	恶性肿瘤 (肾母细胞瘤)		广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	2025年8月30日	30万		/	☐ 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 3 名;		
	父亲	林	34	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元		
	母亲	莫	34	健康		固定资产: 无 套房子; 无 辆摩托车; 无 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)		患儿于2025年8月底不幸确诊肾母细胞瘤,去年已完成手术并化疗,在今年2月即将化疗完成期间,发现再次复发,现病情特殊,需要再次手术,长期住院治疗,化疗、放疗、专项用药。儿童肿瘤治疗周期长、费用高、治疗方案复杂,为挽救孩子生命,全家倾尽所有精力与财力投入治疗。治疗期间产生的住院费、检查费、化疗药费、护理费、营养治疗费数额巨大,医保报销后,个人自付费用依然沉重。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2026 年 6 月 24 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 肾母细胞瘤(复发) 需行化疗、放疗、手术 费用约20万元							
	医师签名: 廖星明 2026 年 6 月 25 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元 (大写: 贰万伍仟元整) 负责人签名: 何清度 2026 年 6 月 26 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 40,000.00 元 (大写: 肆万元整) 负责人签名: 李书处 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: 林	性别: 女	年龄: 5
病种: 肾母细胞瘤	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 30,000 元（大写：人民币叁万元整），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 4 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: 5岁 科别: 珠-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断: 1. 化疗后骨髓抑制 2. 贫血 3. 血小板减少 4. 肾母细胞瘤(术后复发)

医嘱及建议: 患儿2026-05-27至2026-06-19于我院肿瘤外科住院治疗, 特此证明。

医师签名: 杨

日期: 2026/6/19 11:13:41

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 林，患 肾母细胞瘤 疾病，性别 女，年龄 5 岁，是 广东 省（区、市）湛江市（州）廉江县（区）安铺 乡镇（街道）鹤塘 村民小组（居委会），（父亲：林 母亲：莫）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：莫 身份证号

以上所述情况属实，特此证明。

村（居）委会地址：广东 省（区、市）湛江市（州）廉江县（区）安铺 乡镇（街道）鹤塘 村民小组（居委会）

村（居）委会经办人签字：

联系电话：

（盖章）

2026 年 4 月 16 日

