

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: 2026571

申请日期: 2026年7月1日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	余		男	2015.12.16			广东省揭阳市普宁市	
	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
	髓母细胞瘤		广州医科大学 附属妇女儿童 医院为中心	3.20 2026	100万		/	☐ 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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 4万 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 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	余	38	强直性脊柱炎				
	母亲	许	33	健康				
申请救助理由(请详细描述)		本人许 长子确诊髓母细胞瘤,长期放化疗,移植医药费高昂,夫妻以需 全程陪护无法工作,无稳定收入,积蓄花尽并欠下外债,家庭本就经济困难,孩子 爸爸又患强直性脊柱炎,无力承担治疗及生活开支,申请救助 家里还有一小孩要抚养 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 许 2026年7月1日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断髓母细胞瘤(高危),治疗费用约100万。							
	医师签名: 黄楚原 2026年7月1日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥35000 元 (大写: 叁万 仟 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖曼 2026年7月2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: 林钧泽 2026年7月20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:	余	性别:	男	年龄:	10岁
病种:	髓母细胞瘤	治疗医院:	广州市妇女儿童医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 40,000 元（大写：人民币肆万元整），将作为余 的治疗费用。

受助人（监护人）: 许

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2026年7月21日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：余 性别：男 年龄：10岁 科别：增-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. 小脑肿瘤（髓母细胞瘤） 2. 梗阻性脑积水（vp分流术后） 3. 脑水肿

医嘱及建议：患儿于2026-04-16至2026-05-12在我院PICU、血液肿瘤科2组住院治疗。

医师签名：/颜卓宜

日期：2026-05-12

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。



户主
照片

(核发单位加盖钢印)



核发单位: 普宁市民政局

发证日期: 2026年05月22日

户主姓名: 余

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	余	性别	男性
出生年月	1989年10月	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	4
居住 地址	普宁市洪阳镇		
户籍 地址	广东省-揭阳市-普宁市-洪阳镇		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	余	女	0
	余	子	0
	许	配偶	0
	余	本人	1636

