

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: 2026598

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	
	吴		男	2015年4月21日			广东省惠州市	
	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
	室间隔缺损		惠州市妇幼保健院	2015.4.7 2026.7.1	5万元			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 65%	☐ 城镇居民 %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>8万元/年</u> 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</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	吴	40	良好				
	母亲	李	39	良好				
申请救助理由(请详细描述)		家庭成员共6人, 爷爷、奶奶、爸爸、妈妈、2名儿童, 全部依靠孩子爸爸一人务工收入维持生活, 爸爸工作是一名厨师打工人, 两位老人上了年纪又有一些病痛, 尤其是孩子爷爷去年到今年初都住了几次医院。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: [签名] 2026年7月1日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 室间隔缺损 预计手术费用5万元							
	医师签名: [签名] 2026年8月5日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥5000 元 (大写: 伍仟元整) 2026年8月3日 负责人签名: [签名]							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥5,000.00 元 (大写: 伍仟元整) 负责人签名: 林钧泽 2026年8月10日 秘书处								



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	性別: 男	年齡: 11
病種: 室間隔缺損	治療醫院: 中國人民解放軍南部戰區總醫院	

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 5,000 元 (大写: 人民币 伍仟元整), 將作為吳 的治疗費用。

受助人 (監護人): 李

電 話:

見證人 (記者/志願者/捐贈方代表等):

電 話:

經辦人: 利作銘

電 話: 18924052214

日 期: 2016年 8月 11日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：吴 科室：心胸外科心外病区 床号： ID号： 住院号：

诊断证明

入院日期：2026-08-03

病情摘要：患者因“室间隔缺损”就诊于我科，拟行手术治疗。

当前诊断：1. 先天性心脏病 1.1室间隔缺损 1.2心功能II级

医生意见：继续住院治疗，拟行手术治疗。

医院地址：广东省广州市流花路111号

经治医师：吴涵潇 手签：吴涵潇
2026-08-06



情况说明

兹有我井龙村村民吴 [REDACTED]，男，身份证号：
[REDACTED]，父亲吴 [REDACTED]，男，身份证号：
[REDACTED]，在外务工。母亲李 [REDACTED] 女，身份证号：
[REDACTED] 在家务农。爷爷吴 [REDACTED] 男，身份证号：
[REDACTED] 在家务农。奶奶温 [REDACTED] 女，身份证号：
[REDACTED] 在家务农。吴 [REDACTED] 与李 [REDACTED]
[REDACTED] 共育有 2 个子女，全家靠父亲吴 [REDACTED] 务工维持基本生活，
家庭收入低，生活较为困难，情况属实。

井龙村民委员会

2026 年 6 月 23 日



