

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: 2026608

申请日期: 2026年8月11日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林		男	2026.3.20			广西北海市铁山港区	
	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
	法治四联症		广州市妇女儿童医疗中心	2026.3	10万~12万			☐ 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 0 %	☐ 商业保险 0 %	☐ 其他保险 0 %	☐ 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;			
	父亲 林	31	身体健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 40000 元			
	母亲 周	25	身体健康		3、固定资产: 无套房子; 1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			
患儿确诊法治四联症,需要心脏手术治疗。父母靠务工维持全家生活,家庭收入微薄,家庭经济困难,难以承担高额手术医疗费用,特向贵会申请重症病童救助,望予以批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2026年8月11日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 法治四联症、卵圆孔未闭 预计总费用 10~12万元							
	医师签名: 陈钊 2026年8月11日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20,000.00 元(大写: 贰万 仟 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 王钊 2026年8月12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: 林钧泽 2026年8月17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:	男	年龄:	4个月
病种:	先天性心脏病法洛四联症				
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 25,000 元（大写：人民币贰万伍仟元），将作为林治疗费用。

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: 阮依亮
电 话: 189 2405 2214
日 期: 2026年8月17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: 林 性别:男 年龄:4月 科别: 珠-心血管外科2组 床号 住院号

诊 断:1. 法洛\ (法乐\)四联症 2. 中央型房间隔缺损 (卵圆孔型)

医嘱及建议: 患儿于2026-08-09起在我院住院治疗, 建议手术治疗。特此证明!

医师签名: /

日 期:2026-08-11 10:55:34

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 法治四联症 疾病，性别 男，年龄 4个月 岁，是 广西 省（区、市）北海市（州）铁山港 县（区）兴港 乡镇（街道）班海 村民小组（居委会），（父亲：林 母亲：周 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：周 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：班海村民委员会

2022 年 8 月 10 日



