

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: 2026613

申请日期: 2026 年 7 月 27 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	严		男	2018.2.13			广州	
	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		珠江医院	2024.8.13	20万			☒ 是 ☐ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 60-70 %	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 无	残疾类型和级别: 肢体残疾贰级
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>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>9万</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</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	严	35	良好				
	母亲	陶	36	良好				
申请救助理由（请详细描述）		孩子因患髓母细胞瘤和脑积水疾病。2024年8月手术后在PICU住院一个月。术后昏迷将近十个月才恢复意识。现期已做放疗、化疗、康复治疗。已产生医疗费用50万以上。家庭收入支出全靠爸爸一人承担。后期治疗费用还未知多少。特向各位爱心人士及领导求助。感谢各位伸出援手相助。谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陶 2026 年 7 月 27 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿确诊髓母细胞瘤。现仍留院治疗。不能确定。语言障碍。仍需长期康复治疗。后期产生费用约40万元左右。 医师签名: 郭明 2026 年 7 月 27 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: 2026 年 7 月 29 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 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: 尹 [redacted] 性别: 男 年龄: 8
病种: 髓母细胞瘤 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

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), 将作为尹 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陶 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 阮依红

电 话: 18924052214

日 期: 2026年8月18日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名: 严 科室: 小儿神经内科病区 床号: ID号: 住院号

科别: 小儿神经内科病区

入院日期: 2026年06月26日

出院日期: 2026年07月12日

检查结果:

诊断意见:

1. 梗阻性脑积水 ; 2. 髓母细胞瘤 (经典型, Group4, 标危) ; 3. 轻度认知障碍 ; 4. 中枢性四肢运动障碍 ; 5. 右侧外展神经损伤 ; 6. 吞咽功能障碍 ; 7. 肌张力障碍 ; 8. 中枢性面神经麻痹 (右侧) ; 9. 脑电图异常 ; 10. 脑脊液分流状态 ; 11. 髓母细胞瘤切除术后 ; 12. 维生素D缺乏 ; 13. 急性上呼吸道感染 ; 14. 胃肠功能紊乱

处理意见: 住院治疗。

医生签名:

日期: 2026年07月12日

签发单位: (盖章)

支出型困难家庭证



核发单位:

荔湾区民政局

发证日期:

2025.8.13

户主姓名:

尹

身份证号码:

编 号



