

# 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: 2026631

申请日期: 2026 年 8 月 14 日

|               |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |  |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|--|
| 病童资料          | 姓名                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                    | 性别                                          | 出生年月                            |                                 | 身份证号码                           |                            | 户籍所在地                                                            |  |
|               | 祝                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                    | 女                                           | 2018.2.24                       |                                 |                                 |                            | 贵州省毕节市七星关区                                                       |  |
|               | 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                                                             |  |
|               | 先天性心脏病                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                    | 南部战区总医院                                     | 2019.3                          | 6万                              |                                 |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |  |
|               | 购买保险情况及报销比例                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 48% | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input type="checkbox"/> 无 | 残疾类型和级别: / 建档立卡户                                                 |  |
| 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                                                                                           | 祝                                                                                                                                                                                                                  | 43                                          | 健康                              |                                 | 2、家庭年收入（不含政府补贴）20000 元          |                            |                                                                  |  |
|               | 母亲                                                                                           | 姜                                                                                                                                                                                                                  | 34                                          | 健康                              |                                 | 3、固定资产 政府安置房; 辆摩托车; 二手 辆小轿车     |                            |                                                                  |  |
| 申请救助理由（请详细描述） |                                                                                              | <p>孩子患先天性心脏病，需在南部战区总医院手术治疗，治疗费用高昂，全家靠监护人零散务工务农获取收入，收入微薄且极不稳定，家中还要赡养老人，日常开支本就较大，并无存款积蓄，本次异地就医产生手术费往返路费、食宿费等多重开销，仅凭家庭收入无力承担剩余的自费医疗开支，家庭经济十分困难，特此向助学促进会申请救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 祝 2026 年 8 月 14 日</p> |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |  |
| 医院填写          | <p>疾病诊断及治疗（费用）：先天性心脏病手术费 6 万，术后康复治疗费。</p> <p>医师签名: 张 2026 年 8 月 15 日</p>                     |                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |  |
|               | <p>医院意见（盖章）：</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元（大写：壹万 仟 佰 拾 元 角 分）</p> <p>负责人签名: 2026 年 8 月 15 日</p> |                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |  |
|               | <p>广东公益恤孤助学促进会意见：</p> <p>同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写：壹万元整）</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 25 日</p>   |                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                 |                                 |                                 |                            |                                                                  |  |



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：祝 性别：女 年龄：8岁  
病种：先天性心脏病(单心室) 治疗医院：南部战区总医院  
肺动脉瓣狭窄

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元（大写：人民币壹万元整），将作为祝 的治疗费用。

受助人（监护人）：祝

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）：/

电 话：/

经办人：陈依文

电 话：18924052214

日 期：2016年8月25日

# 中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 祝 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号: 住院号:

## 诊断证明

姓名: 祝 出生日期: 2018-02-24 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号:

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2026-08-14

病情摘要: 1. 患者为儿童, 先天性疾病; 2. 主因“检查发现心脏杂音4年余”入院; 3. 查体: 神清, 精神可, 无紫绀, 双肺听诊呼吸音稍粗, 未闻及干湿性啰音, 心前区无隆起, 心尖搏动有力, 心包摩擦感未触及, 心音正常, 心率124次/分, 心律规则, 胸骨左缘第4-5肋间可闻及粗糙收缩期杂音III/6级, 余瓣膜区未闻及心脏杂音, 未闻及心包摩擦音及额外心音。4. 辅助检查: 外院心脏彩超: 单心室、肺动脉狭窄、卵圆孔未闭。入院后积极完善术前相关检查, 择日行手术治疗。

当前诊断: 1. 单心室; 2. 肺动脉狭窄; 3. 心功能不全; 4. 卵圆孔未闭; 5. 心功能III级

医生意见: 特此证明

医院地址: 广东省广州市流花路111号

经治医师: 郑锺

郑锺

2026-08-14, 16:19



## 证 明

兹有我戈乐村 村民祝 女，身份证号码：

父亲：祝 身份证号码：

在外务工，母亲：周 （离异）。

祝 再婚，配偶 身份证号码

随同祝 均在外带孩子。该户家庭人口 5 人，全家靠父亲祝

务工收入维持其基本生活开支，家庭经济收入低下，生活困难，情况属实。

特此证明

毕节七星关区岔河镇戈乐村村民委员会

2026年8月14日





