

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: 2026637

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	
	黄		男	2016.05.19			陈渡江	
	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
	肺动脉狭窄		广东省中医院大学城医院	2020.7.15	12~14万		/	☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40 %	☐ 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 3 名;		
	父亲	黄	42	正常		2、家庭年收入（不含政府补贴） 43200 元		
	母亲	李	36	正常		3、固定资产: 1 套房子; 0 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		
申请救助理由（请详细描述）		小孩从2020.07.15时间开始生病，需要进行手术，手术花费大，家庭需要供养3个孩子和老人，家庭经济收入靠父亲做散工，月收入3600，母亲无收入要照顾孩子和老人，家里需要用钱的地方比较多，经济压力大，现申请救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2026年8月14日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 先天性肺动脉狭窄、右室流出道狭窄、室间隔缺损、卵圆孔未闭。预计总费用12-14万。 医师签名: 郭子 2026年8月14日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元（大写: 伍万 \ 仟 \ 佰 \ 拾 \ 元 \ 角 \ 分） 负责人签名: 郭子 2026年8月18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25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: 黃 性别: 男 年龄: 10
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 广东中医院大学城医院

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), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电 话:

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: 2016年8月25日

广东省中医院大学城医院

诊断证明

患者黄 男，10 岁 2 个月，住院号 身份证号：

患者于 2026 年 08 月 03 日入住我院心胸外科，

住院诊断为：

1. 肺动脉狭窄（重度）
2. 右室流出道狭窄
3. 室间隔缺损
4. 卵圆孔未闭

特此证明。

广东省中医院大学城医院心胸外科



2026 年 08 月 14 日

家庭情况说明

兹有出生缺陷（包括先心病）患儿黄，性别男，年龄10岁，是广东省（区、市）湛江市（州）坡头县（区）麻章镇（街道）村委会（居委会），（父亲：黄，母亲：李）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。本说明用于患儿家庭向先心病爱心救助（项目名）申请患儿治疗出生缺陷（包括先心病）经济上的爱心资助。

患儿父亲：黄 身份证号：_____

患儿母亲：李 身份证号：_____

情况属实，特此证明。

申请人：黄（签字并按手指模）

单位盖章：麻章村委会

单位经办人签字：李

单位经办人联系电话：_____

2026 年 7 月 30 日

