

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: 2026641

申请日期: 2026 年 8 月 18 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	曾		男	2025.8.1			江西省抚州市广昌县	
	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		抚州妇儿中心	2025.8	10万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 50-60 %	☐ 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>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>60000</u> 元 3、固定资产: <u>0</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	曾	31	良好				
	母亲	刘	32	良好				
申请救助理由（请详细描述）		由于患儿小，奶奶和我从宝宝小全职带，没有经济来源，开销大，需要购买奶粉尿布湿、配药各种检查，日常开销，孩子父亲工资不足支付，早已付不来了，手术费用高达10万元，后期还需做定期复查，家庭早已入不敷出了。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘 2026 年 8 月 18 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 1. 过渡型房室间隔缺损 住院期间预计总费用 10万元左右 2. 二尖瓣关闭不全(重度) 3. 三尖瓣关闭不全(重度)							
	医师签名: 王舒钰 2026 年 8 月 18 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>15000</u> 元（大写: 壹万伍仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 王舒钰 2026 年 8 月 20 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>10,000.00</u> 元（大写: 壹万元整） 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: 曾

性别: 男

年龄: 1岁

病种: 先天性心脏病

治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心

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

受助人 (监护人): 刘

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: 18924052214

日 期: 2026年8月25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：曾 性别：男 年龄：1岁13 科别：珠-心血管外科2组 床号 住院号

诊断：1. 过渡性房室隔缺损 2. 先天性二尖瓣关闭不全(重度) 3. 先天性三尖瓣关闭不全(重度)

医嘱及建议： 患儿于2026-08-14至2026-08-18在我院心脏中心住院治疗。

医师签名：李锐 /

日期：2026-08-18 14:27:05

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

兹有患儿曾患先天性心脏疾病，性别：男，年龄1岁，是江西省抚州市广昌县甘竹镇图石村（父亲：曾母亲：刘）村民的儿子。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：曾 身份证号：

患儿母亲：刘 身份证号：

情况属实，特此证明。

广昌县甘竹镇图石村委会：

2026年8月18日



