

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: 2026654

申请日期: 2026 年 07 月 31 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	吴		女	2026.01.14			广西
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	化脓性脑炎		广州市妇女儿童医疗中心	2026.07.18	8w		/
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40-50%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
	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>25000</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>2</u> 辆摩托车; <u>2</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		吴	29	良好			
母亲		欧	27	良好			
申请救助理由（请详细描述） 小孩目前六个月，确诊重症化脓性脑炎，现在 PICU 住院救治，病情危重，持续产生高额医疗费用。家庭积蓄已基本耗尽，后续治疗周期很长，需要医疗开支很大，家庭收入不稳定，恳请给予救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 欧 2026 年 07 月 31 日							
医院诊断及治疗（费用）: 1. 化脓性脑膜炎 2. 脑病 3. 癫痫持续状态 4. 脓毒血症 5. 中枢性呼吸衰竭，预估住院费用: 80000 医师签名: 何江 2026 年 7 月 31 日 医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 何江 2026 年 8 月 3 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: 吳 性别: 女 年龄: 7月
病种: 化脓性脑膜炎 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），将作为吳 的治疗费用。

受助人（监护人）：吳

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 26 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: 吴 性别: 女 年龄: 6月 科别: 珠-PICU2组 床号 住院号

诊断: 1. 化脓性脑膜炎 2. 脑病 3. 癫痫持续状态 4. 脓毒血症 5. 中枢性呼吸衰竭 6. 甲状腺功能减退症

医嘱及建议: 患儿于2026. 07. 25至今在我院PICU住院治疗。

医师签名:

日期: 2026-07-31 16:48:01



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。

困难证明

兹广西三江侗族自治县独峒镇干冲村 户主：

石 性别：女，身份证号码 儿子：吴
性别：男，身份证号码 儿媳：欧 性别：
女，身份证号码 孙女：吴 性别：女：
身份证号码

该户家庭人口 4 人，整户在村里务农，在我辖区是低收入户，经济收入不稳定，加上现在孙女吴 在广州医院住院，造成家庭生活困难，情况属实。

特此证明！



