

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: 2026665

申请日期: 2026 年 8 月 2 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	卢	女	2026年1月29日			广西北流市		
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	1D号	是否残疾	
	神经节神经母细胞瘤	广州市妇女儿童医疗中心	2026年4月10日	20~30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /	
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 50~60%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 1万~3万 元 3、固定资产: 两套房子; 无 辆摩托车; 二 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	卢	31	良好				
	母亲	许	25	良好				
申请救助理由(请详细描述)	面对高昂的医疗费, 让我们的生活雪上加霜, 孩子爸爸都不敢请假, 天天加班. 家里还有年迈的爸爸, 无收入来源, 我们没有人帮我们, 什么都要靠自己. 到处借钱给小孩治病, 只为了救女儿. 家里收入靠孩子爸爸, 收入微薄, 过着省之又省的消费. 这个病消费太高, 对于我们来说有好大的压力, 后续要定期检查和药等等. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 许 2026 年 8 月 2 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 腹膜后恶性肿瘤(神经节神经母细胞瘤) 20万左右 医师签名: 李海清 2026 年 8 月 3 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 分) 负责人签名: 何瑞夏 2026 年 8 月 5 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 3 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: 卢 性别: 女 年龄: 7个月
病种: 神经母细胞瘤 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为卢 的治疗费用。

受助人 (监护人): 许

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依云

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 9 月 1 日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：卢 性别：女 年龄：6月 科别：增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断：1. 手术后恶性肿瘤化学治疗 2. 腹膜后腔恶性肿瘤（神经节神经母细胞瘤）

医嘱及建议：患儿于2026-08-17至2026-08-20于我院增城院区肿瘤外科住院治疗，特此证明！

医师签名：杨天佑/李嘉豪/李海涛

李海涛

日期：2026年08月20日 12:00:00

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

兹有患儿卢[REDACTED]患神经母细胞瘤疾病，年龄 3 个月，是广西壮族自治区玉林市北流市新荣镇五常村[REDACTED]（父亲：卢[REDACTED] 母亲：许[REDACTED]）村民的女儿。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，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：卢[REDACTED] 身份证号[REDACTED]

患儿母亲：许[REDACTED] 身份证号[REDACTED]

情况属实，特此证明。

广西壮族自治区玉林市北流市
市新荣镇五常村村民委员会

经办人：钟[REDACTED]

联系电话[REDACTED]

2026 年 5 月 8 日

