

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026792

申请日期: 2026年10月10日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	陈		女	2025.12			广东湛江
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	脊髓性肌萎缩 (SMA)		中山一院	2026.5.19	50万		/
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☒ 城镇居民 ☐ 商业保险 ☐ 其他保险	是否残疾		残疾类型和级别:	
			% % % % %			/	
申请救助理由 (请详细描述)	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名;		
	父亲 陈	36	健康		2、家庭年收入 (不含政府补贴) 50000 元		
医院填写	母亲 陈	31	健康		3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 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		
患者陈 女, 未满10个月, 孩子于2026年5月确诊罕见病脊髓性肌萎缩症 (SMA) 确诊后已先后住院4次, 近期并发肺部感染, 目前在中山一院ICU住院治疗, 至今已28天, 住院及外购药品合计花费约10万元, 家中尚有龙凤胎哥哥需要照顾, 人力与经济双重压力巨大, 家庭无力承担后续医药费。 特此向贵基金会申请救助, 恳请给予援助, 帮助我们渡过难关, 感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026年 10 月 10 日							
疾病诊断及治疗 (费用): 患儿因 SMA 确诊, 气促, 喂奶困难, 入院, 入院日期 2026-09-12, 现仍住院, 患儿长期服用终身维持药物, 治疗费用约 50 万。 医师签名: 2026 年 10 月 10 日 医院意见 (盖章): 情况属实, 请求救助为盼 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 元 角 分) 负责人签名: 2026 年 10 月 10 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 一 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林约泽 2026 年 10 月 12 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: 陈 性别: 女 年龄: 9个月20天
病种: 脊髓性肌萎缩症 治疗医院: 中山大学附属第一医院

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

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: 189 2405 2214

日 期: 2016 年 10 月 13 日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：陈

科别：儿科ICU

床号

住院号

出院患者疾病证明书

姓名：陈

性别：女

年龄：7个

出院科别：儿科ICU

住院号

入院日期：2026年07月22日 出院日期：2026年07月22日

出院诊断：1. 脊髓性肌萎缩(I型), 2. 弥漫性肌肉萎缩(双侧大腿), 3. 周围神经损伤(上下肢周围运动纤维损害), 4. 窦性心动过速

入院情况及诊疗经过：详见出院小结。



医师：

胡艺馨

2026年07月22日

湛江市
麻章区

太平镇太平社区居民委员会

证 明

兹有我社区居民徐 女，汉族，公民身份证号码：

居住在：广东省湛江市麻章区太平镇

其女儿（陈 汉族，身份证号码：

患有脊髓性肌萎缩，现又因肺部感染入院，治疗费用较大。家庭收入比较拮据，请贵基金会给予其支持和资助为盼，谢谢！

特此证明

麻章区太平镇太平居民委员会

2026年10月10日



