

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: 2026804

申请日期: 2026 年 9 月 24 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	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
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 <u>60</u> %	☐ 城镇居民 <u> </u> %	☐ 商业保险 <u> </u> %	☐ 其他保险 <u> </u> %	☐ 无	☐ 是 ☒ 否
	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>5</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>30000</u> 元 固定资产: <u>自建</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u> </u> 辆小车 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	<u>29</u>	<u>良好</u>		
	母亲	<u>32</u>	<u>良好</u>		

申请救助理由（请详细描述）

和和 共同生有五个子女，家里抚养的子女比较多，目前两个在读初中，3个在读小学，全靠和和 本人在外务工维持生活。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 和和 2026 年 9 月 24 日

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:	<u>诊断为房间隔缺损，估计手术费用 4.5 万</u>
	医师签名:	<u>李小明</u> 2026 年 10 月 10 日
	医院意见（盖章）:	

建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元（大写: 壹万 仟 00 佰 00 拾 00 元 00 角 00 分）

负责人签名: 王爱华 2026 年 10 月 10 日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 5,000.00 元（大写: 伍仟元整）

负责人签名: 林钧泽 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: 杨 性别: 女 年龄: 11
病种: 先天性心脏病房间隔缺损 治疗医院: 中国人民解放军南部战区总医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币
伍仟元整), 将作为 杨 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨

电 话: 18924052214

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代
表等): 阿依克

电 话: 18924052214

经办人: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2016 年 10 月 13 日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 杨 科室: 心胸外科心外病区 床号: 10号 住院号:

诊断证明

姓名: 杨 出生日期: 2015-04-27 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号:

单位: -- 身份: 一般人员

入院日期: 2026-10-09

病情摘要: 1. 患者为幼儿, 先天性疾病; 2. 主因“发现心律不齐2月”入院; 3. 查体: 心前区无隆起, 心尖搏动有力, 心包摩擦感未触及, 心音正常, 心率62次/分, 心律规则, 胸骨左缘第2-3肋间可闻及柔和收缩期杂音II/6级, 余胸腹区未闻及心脏杂音, 未闻及心包摩擦音及额外心音; 4. 辅助检查: 心脏彩超提示: 房间隔缺损, 入院后积极完善术前相关检查, 择日行手术治疗。

当前诊断: 1. 房间隔缺损; 2. 心功能II级

医生意见: 特此证明

医院地址: 广东省广州市流花路111号



证 明

兹有我村 村民杨 女，身份证号：
父亲杨 ，男，身份证号：
在外务工，母亲胡 女，身份证号：
在家务农，杨 与妻子共同生育5个子女，
全靠父亲杨 在外务工维持生活。家庭收入低。此证明只用于医
院用。

特此证明

核实人：赵

王

五



