

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: 2026802

申请日期: 2026年 8月 17日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	饶		男	2021.11.18			云南红河哈尼族彝族自治州	
	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
	神经母细胞瘤		广州医科大学附属第一医院	2026.3.18	100万元	6044/092	/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 70 %	☐ 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 1 名;			
	父亲 饶	36	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 110000 元			
申请救助理由（请详细描述）	母亲 赵	25	健康		3、固定资产: 1 套房子; 1 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			
患儿确诊为神经母细胞瘤四期高危，现在每间隔2天就要入院化疗以及更复杂治疗，长期都要各种往返医院里面持续治疗，治疗周期也比较长，后续治疗费用也是特别的高，现在患儿的爸爸妈妈也没有在工作了，两人全程在医院里面陪护，也没有任何的收入，压力也是非常的大，积蓄也耗尽了，特此迫于无奈来申请大病救助，恳请帮扶，所感感谢！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 赵 2026年 8月 17日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: M期高危神经母细胞瘤高危组，需化疗、手术、免疫、放疗，费用约100万元。							
	医师签名: 杨开 2026年 8月 17日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥20,000 元（大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 王 2026年 8月 17日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥30,000.00 元（大写: 叁万元整） 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: 阮 [redacted] 性别: 男 年龄: 4岁0个月
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为阮 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 赵 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 阿依尔

电 话: 18924052244

日 期: 2026年10月13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：饶 性别：男 年龄：4岁 科别：增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断：1. 腹膜后腔恶性肿瘤（神经节神经母细胞瘤） 2. 恶性肿瘤免疫治疗 3. 手术后恶性肿瘤化学治疗

医嘱及建议：患儿于2026. 07. 27至2026. 08. 28在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

日期：2026年08月28日 12:00:00

李海涛

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 饶，患 转移性神经节母细胞瘤 疾病，
性别 男，年龄 4岁，是 云南 省（区、市）红河 市（州）泸西 县
（区）中枢 乡镇（街道）固百 村民小组（居委会），（父亲 饶
母亲 赵）村民（居民）的儿子/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：饶 身份证号：

患儿母亲：赵 身份证号：

村委会/居委会盖章：固百村民委员会

2026 年 7 月 27 日



