

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: 2026807

申请日期: 2026 年 9 月 7 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	徐		男	2019.12.14			广西梧州岑溪市	
	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(高危四期)		广西梧州妇幼保健院	2026.5.5	100万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
病童家庭情况	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	
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 60000 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 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	徐	35	健康				
	母亲	徐	30	健康				
申请救助理由(请详细描述)		我家孩子年仅6岁,不幸确诊高危神经母细胞瘤,是儿童高风险恶性肿瘤,治疗难度大,疗程漫长,医疗费用极高。孩子自确诊后持续进行多疗程化疗,身体虚弱,免疫力差,治疗期间随时存在风险,需要家长全天候在院陪护,普通农村家庭本就收入微薄,孩子重病后多次住院化疗、复查、对症治疗产生巨额费用,经长期治疗,家里所有积蓄早已掏空,负债。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 徐 2026 年 9 月 7 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):		腹膜后腔恶性肿瘤(神经母细胞瘤)					
	50-100万		医师签名: 李海清					
	医院意见(盖章):		2026 年 9 月 14 日					
	建议给予医疗救助金 ¥ 35000 元 (大写: 叁万伍仟元)		负责人签名: 何靖文 2026 年 9 月 15 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25000.00 元 (大写: 贰万伍仟元) 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: 徐 性别: 男 年龄: 6
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(增城院区)

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), 将作为徐 的治疗费用。

受助人(监护人): 谢

电 话

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

18924052214

日 期: 2016 年 10 月 14 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: 徐 性别:男 年龄:6岁 科别:增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊 断:1.继发性血小板减少 2.化疗后骨髓抑制 3.腹膜后恶性肿瘤 4.电解质紊乱(低钾、低钠、低磷、低镁、代酸) 5.感染性发热 6.高血压,待查

医嘱及建议:

患儿2026-08-15至2026-08-30于我院增城院区肿瘤外科住院治疗。

医师签名:杨天佑/李嘉豪/李海涛/李嘉豪/李海涛/李嘉豪

日 期: 2026年08月30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 徐，患 神经母细胞瘤高危 疾病，性别 男，年龄 7 岁，是 广西 省（区、市）岑溪 市（州）糯洞 县（区）糯洞 乡镇（街道）海杰 村民小组（居委会），（父亲：徐 母亲：谢）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：徐 身份证号

患儿母亲：谢 身份证号

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2026 年 3 月 28 日



