

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: 2026820

申请日期: 2026年9月28日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	曾	女	2025-10-03			广东省	
	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
	肝母细胞瘤	广州市儿童医院	2026-4-30	60万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 50-70 %	☐ 城镇居民 无 %	☐ 商业保险 无 %	☐ 其他保险 无 %	☒ 无	
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话			
	父亲 曾	32	一般,做过开胸手术				
	母亲 月	30	一般,做过乳腺手术				
申请救助理由(请详细描述)	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 约2万 元 3、固定资产: 自建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 目前家庭共四口人,夫妻二人育有两名幼儿,1名3岁尚未入学,另名确诊肝母细胞瘤,需长期赴广州住院手术,后续化疗治疗,孩子母亲一直在家照顾两个孩子,目前全赖院同善儿,新巨无赖事源及幸福院仅向府新10000,全赖开在潮州至广州往返陪同,家庭收入微薄,寄养,有千余万建康,经济压力沉重,患儿治疗自费已近1万,加上潮州往返广州就医交通,住宿等开销已额外支出数万元,后续仍有持续治疗费用,家庭难以承担,请申请医疗救助。 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 曾 2026年9月28日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断肝母细胞瘤,总治疗费用约60万元。						
	医师签名: 曾 2026年9月29日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 仟 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖廷 2026年9月29日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万五千 仟 元) 负责人签名: 林钧泽 2026年10月19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: 曾	性别: 女	年龄: 1岁
病种: 肝母细胞瘤	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江院区)	

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), 将作为曾 的治疗费用。

受助人 (监护人): 曾

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 阿强

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月20日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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：曾 性别：女 年龄：10月 科别：珠-肝胆外科2组 床号 住院号

诊断：1. 肝母细胞瘤

医嘱及建议：详见出院记录

患儿因疾病于2026-08-18至2026-08-31在我院肝胆外科住院治疗。

医师签名：//游辅宇/ 游辅宇

日期：2026年08月31日 10:05:30

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。



潮州市

潮安区浮洋镇三胜村民委员会

证明

- 兹有我村委会 村民
曾 (男, 身份证号码
女儿曾 (女, 身份证号
患有肝母细胞瘤, 父亲外出务工, 母亲在家照顾女
儿,
家庭经济收入低, 生活困难, 情况属实。

特此证明



