

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: 2026828

申请日期: 2026年10月12日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	唐		男	2026.9.1			贵州省黔南州独山县
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	主动脉缩窄 室间隔缺损		妇儿医院	2026.9.2	20万		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 0%-70%	☐ 城镇居民 ____%	☐ 商业保险 ____%	☐ 其他保险 ____%	☐ 无
							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 唐	34	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元		
医院填写	母亲 唐	33	良好		3、固定资产: 0 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		
患儿出生后需要休养照顾宝宝,暂无收入,妈妈年级大,身体不好姐姐就读小学,父亲是家庭主要经济来源,年收入3万,定于2026年10月8日转入广州市妇女儿童医疗中心,预计费用20万元 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 唐 2026年10月12日							
疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断“主动脉缩窄、动脉导管未闭、室间隔缺损、卵圆孔未闭、部分肺静脉异位引流”,2026-10-12行外科手术治疗,预计费用20万元。 医师签名: 李 2026年10月12日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 15000 元 (大写: 壹万伍仟元 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖 2026年10月13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: 唐	性别: 男	年龄: 1月零2天
病种: 先天性心脏病	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城)	

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), 将作为唐 的治疗费用。

受助人 (监护人): 罗

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阿依克

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: 唐 性别: 男 年龄: 1月 科别: 珠-CICU1组 床号: 住院号:

诊断:

1. 主动脉缩窄 2. 室间隔缺损 3. 动脉导管未闭 4. 肺静脉连接部分异常(右上肺静脉-上腔静脉) 5. 中央型房间隔缺损(卵圆孔型) 6. 肺动脉高压重度

医嘱及建议: 患儿于2026-10-08至今我院CICU住院诊治。

医师签名:

日期: 2026-10-12 17:09



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

兹有患儿唐，患先天性心脏疾病，性别男，年龄0岁，是贵州省（区、市）黔南市（州）独山县（区）下司乡镇（街道）三兴村民小组（居委会），（父亲：唐，母亲：罗）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：唐 身份证号：

患儿母亲：罗 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



下司镇三兴村村委

2026 年 10 月 9 日

