

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026831

申请日期: 2026年10月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	朱		女	2011.08.04			广东珠海	
	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
	尿毒症		中山大学附第一医院	2016年6月确诊 2020年5月肾穿	40万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 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 <u>1</u> 名;		
	父亲	/	/	/	/	2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>4万</u> 元		
母亲		朱	46	一般		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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		
申请救助理由(请详细描述): 朱于2016年6月份患尿毒症经确诊,一直治疗却不见效,于2020年5月份肾衰竭,同月开始规律透析,于2020年11月29日进行肾移植手术,术后出现排斥,至2021年5月肾移植失败,回国后该病复发,经过这些年的治疗,因长期血液透析,肾功能衰竭,经济压力大,现特申请救助,望批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 2026年10月8日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患者因慢性肾功能不全(尿毒症期),需行肾移植手术治疗,费用约30万~50万。术后需终身服用抗排斥药物,治疗费用高。 医师签名: 2026年10月12日							
	医院意见(盖章): 中山大学附第一医院 建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2026年10月12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 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年10月19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:	朱	性别:	女	年龄:	15
病种:	尿毒症	治疗医院:	中山大学附属第一医院		

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），将作为朱 治疗费用。

受助人（监护人）: 朱

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

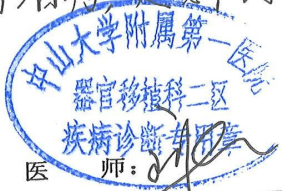
电 话:

经办人: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月20日

疾病证明书

姓名	朱	性别	女	年龄	15岁	籍贯	广东省珠海市	职务	无
住址	广东省珠海市				住院号				
入院日期	20 26 年 09 月 30 日				出院日期	20 年 月 日			
诊 断: 慢性肾功能不全(尿毒症期)									
住院经过: 患者因慢性肾功能不全(尿毒症期)于2026年09月30日在我院行同种异体肾移植手术, 术程顺利, 术后规律抗排斥治疗。									
出院意见: 嘱患者继续长期常规抗排斥药物治疗, 定期到门诊复诊复查。									
						 医师: 			

户主姓名	陈海		性别	女
出生年月	2011.04.04		民族	汉
社保卡 (医保卡 号码)			家庭 人口	1
居住地址	陈海市青洲县(市、区) 救北乡镇(街道)新河村(居委)			
户籍地址	陈海市青洲县(市、区) 救北乡镇(街道)新河村(居委)			
低保资金 发放账号				
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入	

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明：此处贴小一寸 照片)	核发单位 盖章 (注明：此处贴小一寸 照片)
姓名：	姓名：
核发单位 盖章 (注明：此处贴小一寸 照片)	核发单位 盖章 (注明：此处贴小一寸 照片)
姓名：	姓名：

