

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: 2026833

申请日期: 2026 年 9 月 21 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2023.10.27			广西贺州市八步区	
	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
	中枢神经系统恶性肿瘤 (AT/RT)		广州市妇女儿童医疗中心	2026.5.17	50万			☐ 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 50 %	☐ 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 4 名;			
	父亲 黄	36	健康		2、家庭年收入 (不含政府补贴) 3 万元			
	母亲 程	34	健康		3、固定资产: 2 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车			
申请救助理由 (请详细描述)	4、家庭困难类型: 农村自建房							
	☒ 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							
黄 家庭人口 8 人, 爷爷奶奶年纪大无收入, 其父母无稳定工作抚养其第四人, 其中两个姐姐就读于初中, 一个姐姐就读于小学, 其黄 突发重病医疗费用高且需要人照顾, 劳动力减少, 家庭开支大收入不多负担重, 目前医药自费高达 20 万, 后期还需要自体造血干细胞移植、放疗等治疗, 家庭收入较低难以承担全部医疗费用, 特向基金会申请为黄 的治疗提供经济上的爱心救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 程 2026 年 9 月 21 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 非典型畸胎瘤/横纹肌样瘤, 预计后期费用 50 万。							
	医师签名: 王 2026 年 9 月 21 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥35000 元 (大写: 叁万 仟 元 零 角 分) 负责人签名: 何瑞反 2026 年 9 月 22 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: 黃 性别: 男 年龄: 2岁11月
病种: 中枢神经系统恶性肿瘤 AT/RT 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 程

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2026 年 10 月 20 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: 黄 性别:男 年龄:2岁9月科别:增-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊 断: 1. 手术后恶性肿瘤化学治疗 2. 中枢神经系统恶性肿瘤(AT/RT) 3. 周围性面神经麻痹

医嘱及建议: 患儿于2026. 08. 20-2026. 09. 07在我院增-血液肿瘤科2组住院治疗。

医师签名: /王萌/袁丝

日 期: 2026. 09. 07



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

兹有患儿黄，患中枢神经系统恶性肿瘤(AT/RT)疾病，
性别男，年龄3岁，是广西壮族自治区贺州市八步区信都镇
小组，（父亲：黄 母亲：程）村民的儿子。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：黄，身份证号：

患儿母亲：程，身份证号：

情况属实，特此证明。

八步区信都镇北源村村民委员会

2026年8月28日

经办人及联系电话：黄

