

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: 2026834

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
	周		男	2026.9.17			湖南省永州市新田县
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	先天性肺动脉侧枝循环		广州妇儿	2026.9.29	15万-20万		
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
	是否残疾		☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:				
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 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 3 万 元 3、固定资产: 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		
	父亲	周	40	健康			
申 请 救 助 理 由 (请详细描述)	母亲	杨	41	健康			
	患儿周 出生21天, 湖南省永州市新田县人, 确诊先天性肺动脉侧枝循环(右)②先天性肺动脉侧枝循环③中央型房间隔缺损, 需尽快手术治疗, 预估手术费用5万-20万。家里共4口人, 全靠父亲一人外出打工维持生计, 收入微薄且不稳定, 母亲身体不好有糖尿病, 高血压需长期吃药, 家中还有16岁哥哥读高中, 为给孩子治病, 已向亲朋好友到外借钱, 仅借到8-9万。本人保证上述情况完全真实, 剩余巨额手术费已无力承担, 恳请社会救助, 帮助宝宝手术。 申请人签名: 周 2026 年 10 月 12 日 万分感谢						
医 院 填 写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿诊断: 先天性肺动脉侧枝循环, 卵圆孔未闭, 2026-10-9 行右肺动脉成形+后间隔修补术, 术后于CCU治疗, 预计总费用15万左右, 目前仍需住院治疗。						
	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: 邱瑞平 2026 年 10 月 13 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟元)) 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: 周 性别: 男 年龄: 1个月
病种: 先天性肺动脉瓣膜 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), 将作为周 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依美

电 话: 18924052214

日 期: 2026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: 周 性别: 男 年龄: 13天 科别: 珠-CICU2组 床号 住院号

诊断: 1. 先天性肺动脉缺如(右侧) 2. 先天性体肺动脉侧枝循环 3. 中央型房间隔缺损(卵圆孔型)

医嘱及建议: 患儿2026-9-30至今我院住院治疗。

医师签名: 蒋琳

日期: 2026/10/8 12:37:15

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

兹有患儿周[]患先天性肺动脉缺如，性别男，年龄0岁（出生21天），是湖南省永州市新田县陶岭镇周家村[]（父亲：周[] 母亲：杨[]）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：周[] 身份证号：[]

患儿母亲：杨[] 身份证号：[]

情况属实，特此证明。

证明单位（盖章）：湖南省永州市新田县
陶岭镇周家村村民委员会



经办人：周[]

联系电话：[]

日期：2026年10月8日

