

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: 2026835

申请日期: 2026年 9月24日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		男	2023.12.13			安州省新宁县	
	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
	那坦蛋白沉积症		广州妇儿中心	2026.9.16	30万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%-70%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	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 1 名;		
	父亲	王	27	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元		
	母亲	朱	24	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)		我们就是很普通的一户人家,今年八月四号他开刀手术以后一直在到处去借钱给我儿子治病,几乎能借的都借了,家里娘家是贫困户,公公婆婆也在家做农活为生,我们没有固定工作,我从小身体也不好,我老公就在工地上做几斤一天的普通小工,在珠海那边花六七万,平调空家底,父母年老,孩子生病,希望这个救助能减轻一点医疗费,真的特别感谢生活所剩无几,日夜担心小孩,我们两个没有经济来源,眼看治疗费花去很多,我们没有办法,希望这能减轻一点点的医疗费,谢谢所有帮助我的人,我的承诺。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026年 9月24日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1. 新生儿肺炎 2. 呼吸衰竭 3. 新生儿肠坏死							
	治疗费用: 约30万元。							
	医师签名: 黄 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 元 角 分)								
负责人签名: 何靖夏 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: 王	性别: 男	年龄: 2岁
病种: 肺泡蛋白沉着症 (SF2R1 基因突变)		
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), 将作为王 的治疗费用。

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: 陈依红

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月21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: 王 性别:男 年龄:2岁9月科别:珠-PICU1组 床号 住院号

诊 断:1. 肺泡蛋白沉积症(CSF2RA基因突变) 2. 呼吸衰竭 3. 重症肺炎

医嘱及建议: 患儿于2026. 9. 16——至今在我院PICU住院治疗。

医师签名: 吴艳兰 / 袁志宜
日 期:2026-09-29 10:00:38



- 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

兹有患儿王，患有自闭症疾病，性别男，年龄2岁，是贵州省（区、市）毕节市（州）赫章县（区）财神乡镇（街道）保布嘎村民小组（居委会），（父亲：王，母亲：朱）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：王 身份证号：

患儿母亲：朱 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2026 年 9 月 24 日



