

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: 2026839

申请日期: 2026 年 9 月 18 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	魏	男	2024.10.03		安徽省		
	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
	肝母细胞瘤	广州市妇女儿童医疗中心	2026.7.20	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 30.4%	☐ 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 2 名;		
	父亲 魏	30	正常		2、家庭年收入（不含政府补贴） 15000 元		
	母亲 许	30	正常		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）	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						
	患儿魏, 男, 2024-10-03 出生, 于 2026 年 7 月 20 日确诊肝母细胞瘤, 孩子年纪尚小, 病情严重, 后续需要进行肝移植手术, 预估医疗费用约 60 万元左右。家中父母均普通务工, 家庭年收入仅 15 千元左右, 无房产及其他固定资产。自从孩子生病以后, 家长需要停工陪护治疗, 收入基本中断, 前期治疗费用及药费高昂, 特此向贵会申请重症病童救助, 恳请给予医疗救助金, 帮助孩子渡过难关。本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 魏 2026 年 9 月 18 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 肝母细胞瘤、坏死性小肠结肠炎、患儿需行手术、化疗、出血, 及相关营养支持治疗, 费用总额 30 万元						
	医师签名: 潘瑞 2026 年 9 月 18 日						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖夏 2026 年 9 月 20 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: 魏	性别: 男	年龄: 2
病种: 肝母细胞瘤	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心	

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), 将作为魏 的治疗费用。

受助人 (监护人): 魏

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: 2016年10月21日

广州市妇女儿童医疗中心（儿）

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: 魏 性别:男 年龄:1岁9月科别: 珠-肿瘤外科2组 床号 住院号

诊断:1. 肝恶性肿瘤 2. 手术前恶性肿瘤化学治疗 3. 贫血

医嘱及建议: 患儿于2026-07-20至2026-08-01在我院儿童院区肿瘤外科住院, 特此证明!

医师签名: 邹焱/谭天宝/郑曼娜/ 廖秋红

日期: 2026年08月01日 08:30:00

- 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

兹有患儿魏，患肝母细胞癌疾病，性别男，年龄两岁，是安徽省（区/市）亳州市（州）涡阳县（区）龙山乡镇（街道）大孔村民小组（居委会），（父亲：魏 母亲：许）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：魏 身份号码：

患儿母亲：许 身份号码：

以上所述情况属实，特此证明。

村（居）委会地址：安徽省（区/市）亳州市（州）涡阳县（区）龙山乡镇（街道）大孔村民小组（居委会）

村（居）委会经办人签字：陈

联系电话

（盖章）

2026年9月16日

