

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: 2026838

申请日期: 2026年 9月 23日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈	男	2021年6月			贵州省黔东南州锦屏县	
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	神经母细胞瘤	广州市妇女儿童医疗中心	2025年12月	50万			
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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5-10万元 3、固定资产: 1套房子; 1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	34	良好		
	母亲	29	良好		

申请救助理由(请详细描述):

患儿陈自2025年12月确诊到目前为止已花费30余万元,按正常治疗的计划,还要进行3次的免疫化疗治疗,免疫治疗花费高昂,单次费用就要十几万元,虽有医保和惠民保的报销,但是亦要自付五万多,家庭经济难以支撑,因为家中爷爷亦身患直肠癌晚期,已治疗两年余亦花费3万,目前在治疗中。家中老人身患重病已花光家中积蓄,患儿突患重病更是雪上加霜,此病在本人保证上述情况完全真实。花费高昂,我们亦在西溪才走到如今,治疗尚未完成。

申请人签名: 欧 2026年 9月 23日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	神经母细胞瘤 50-100万
	医师签名:	李海伟 2026年 9月 23日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ 3000 元 (大写: 叁仟元 拾元 角 分)
负责人签名:		何靖反 2026年 9月 26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: 陈 性别: 男 年龄: 5岁
病种: 神经母细胞瘤 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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈

电 话: 18924052214

日 期: 2020年10月21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: 陈 性别:男 年龄:5岁 科别:增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊 断:1. 恶性肿瘤免疫治疗 2. 手术后恶性肿瘤化学治疗 3. 腹膜后腔恶性肿瘤（神经节神经母细胞瘤） 4. 呕吐

医嘱及建议: 患儿于2026-07-31至2026-08-23在我院肿瘤外科住院治疗, 特此证明。

医师签名: 杨天佑/李嘉豪/李海涛

日 期: 2026年08月23日 12:00:00

李海涛

- 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

兹有患儿陈，患癫痫病疾病，性别男，年龄5岁，是贵州省（区、市）黔南市（州）惠水县（区）摆金乡镇（街道）旁才村民小组（居委会），（父亲：陈，母亲：欧）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：陈 身份证号：

患儿母亲：欧 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2026年8月23日



