

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: 2026843

申请日期: 2026年10月13日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	代		女	2025年4月5日			成都市温江区军安路	
	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
	胰岛素二型		广州妇女儿童医疗中心	2026年7月1日	五十五万			是 ☐ 否 ☒
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☐ %	☒ 城镇居民 ☒ 60 %	☐ 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 <u>2</u> 名;		
	父亲	代	33	正常		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>三万</u> 元		
	母亲	代	32	正常		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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		
<p>申请救助理由(请详细描述):</p> <p>患者哥哥也是胰岛素二型, 移植一年多还在康复中, 外公、外婆在照顾, 患者正在广州妇女儿童医疗中心接受移植, 爷爷奶奶和患者妈妈在广州照顾, 患者爸爸一人上班, 患者移植和后续康复需要一大笔资金, 哥哥康复也需要一大笔资金, 广州治疗租房也需要资金, 两生活费, 本来哥哥移植借的钱还没还, 现在患者移植也需要一大笔资金。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 代 2026年10月13日</p>								
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用):</p> <p>胰岛素二型, 移植手术及术后护理。</p> <p>医师签名: 周金平 2026年10月14日</p>							
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 零 佰 拾 元 零 分)</p> <p>负责人签名: 叶靖平 2026年10月20日</p>							
	<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥35,000.00 元 (大写: 叁万伍仟元)</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026年10月26日</p>							



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: 代 性别: 女 年龄: 1
病种: 新生儿败血症二型 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 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为代 的治疗费用。

受助人 (监护人): 代
电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 陈依亮

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月27日

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

姓名:代 性别:女 年龄:1岁5月科别:珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

医囑及建议:

医师签名:

日期:

2006. 10. 26

2、涂改无效。

(2)

诊断证明专用章

CHANGHAI MEDICAL CENTER CHILDREN'S HOSPITAL

上海市长宁区妇幼保健院

P.R. CHINA



扫描全能王 创建

附件 2

家庭经济情况说明

兹有我社区（村委会）居民（村民）代（法定监护人姓名），身份证号 ，家庭住址四川省凉山州会东县，家庭人口共4人，家庭年收入为3万元。其子/女代（申请救助儿童姓名），身份证号 ，患有铅中毒、营养不良、贫血疾病，已在广州市妇女儿童医疗中心（医院名称）接受治疗。因孩子治疗费用支出，家庭经济负担重，基本生活出现困难，现向基金会申请救助金。

以上所述属实，特此说明。

村（居）委会所在地： 四川 省（区、市）
市（州） 渠 县（市、区） 临邛镇石坝乡 镇（街道）。

村（居）委会经办人签字：

联系电话

(盖章)

2026年 10月 12日

