

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: 2026856

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	
	吴	女	2025. 10.			广东省汕头市潮阳区	
	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
	髓母细胞瘤	南方医科大学珠江医院	2026. 6. 3	30万~40万			☐ 是 ☐ 否 残疾类型和级别:
	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	
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 吴	28	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 30000 元		
	母亲 黄	32	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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		
申请救助理由（请详细描述）	<p>患儿吴 现10个月。确诊髓母细胞瘤，已完成手术，现持续住院进行规范化治疗。该病属于儿童恶性脑肿瘤，病程长，后续需要多周期化疗，需要各种抽血、用药及检查，花费巨大。患儿年纪小，需要我们全程陪护，我们已无法正常工作，前期各种手术住院费用已耗尽所有积蓄，并向亲朋好友借了钱，目前各项花费极其艰难，希望可以得到资助，帮助孩子完成治疗！</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 黄 2026年 9月23日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:						
	诊断髓母细胞瘤（广泛侵袭型，SHH型，M2，高级）大概需要40-50万						
	医师签名: 115号 2026年 9月23日						
	医院意见（盖章）:						
	建议给予医疗救助金 ¥20000 元（大写: 贰万零仟零佰零拾零元零角零分）						
	负责人签名: 南方医科大学珠江医院 2026年 10月 8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 26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: 吳	性别: 女	年龄: 1岁
病种: 骨髓母细胞瘤	治疗医院: 南方医科大学珠江医院	

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），将作为吳 的治疗费用。

受助人（监护人）: 黃

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人: 阿依

电 话: 18924052214

日 期: 2016年10月27日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：吴 科室：小儿血液科病区 床号 ID号 住院号

科别：小儿血液科病区	入院日期：2026年09月08日 出院日期：2026年09月12日
检查结果： -	
诊断意见： 1. 髓母细胞瘤化学治疗；2. 髓母细胞瘤（广泛结节型，SHH型，M2，高危）；3. 梗阻性脑积水；4. 化疗后骨髓抑制 处理意见：住院治疗。	
医生签名：张芝奇 日期：2026年09月12日	

签发单位：（盖章）



汕头市潮南区峡山街道下东浦村民委员会

证 明

兹有汕头市潮南区峡山街道下东浦村民吴 [REDACTED] 男，身
份证 [REDACTED] 女儿吴 [REDACTED] 女，身份证：

[REDACTED] 患有髓母细胞瘤，在南方医科大学珠
江医院治疗。

吴 [REDACTED] 在村务工，妻 [REDACTED] 在家务农，家庭月收入 2500 元，
加上女儿住院治疗费用巨大，现家庭经济陷入困难，望社会
各界给予支持和帮助。

特此证明！



