

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: 2026866

申请日期: 2026年9月29日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	梁		男	20240821			广东省阳山县	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	
	纵膈肿瘤		广妇儿	2026.8.16	60万			
病童家庭情况	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	
	是否残疾		☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /					
申请救助理由(请详细描述)	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 25 元 固定资产: 1 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			
	父亲	梁	58	残疾				
	母亲	朱	37	残疾				
从2026年8月确诊, 病童患有纵膈肿瘤, 预计费用 20-25万。 由于家庭困难, 需申请救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2026年9月29日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断T淋巴母细胞瘤, 治疗费用约60万。							
	医师签名: 肖新华 2026年9月29日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥40000 元 (大写: 肆万 仟 佰 拾 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26日								



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: 梁 [redacted] 性别: 男 年龄: 2岁2个月
病种: 纵隔肿瘤(淋巴瘤) 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), 将作为梁 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 阿依文

电 话: 18924032214

日 期: 2026年10月28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 广州市妇孺医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 梁 性别: 男 年龄: 1岁11 科别: 珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断: 1. T淋巴母细胞白血病/淋巴细胞 2. 呼吸衰竭 3. 播散性念珠菌病 4. 消化道出血 5. 肿瘤溶解综合征 6. 肺炎 7. 肺不张 8. 胸腔积液 9. 中度贫血

医嘱及建议: 患儿于2026-08-16至2026-10-08在我院血液肿瘤科住院治疗

医师签名: 11/8

日期: 2026-10-08



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 梁 患 纵隔肿瘤 疾病，性别 男，年龄 1 岁，是 广东 省（区、市）清远 市（州）阳山 县（区）小江 乡镇（街道）下坪 村民小组（居委会），（父亲：梁 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：梁 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：_____



2016 年 8 月 26 日

