版权归广东公益恤孤助学促进会所有

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：2026881　　申请日期：2026 年 10 月 9 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	柯[redacted]	男	2023.12	[redacted]		广东.湛江	
	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
	肾母细胞瘤	广州市妇女儿童医疗中心	2026年5月	40万	[redacted]		☐是 ☑否 残疾类型和级别：
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 5%-7%	☐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
父亲	柯[redacted]	39	健康	[redacted]
母亲	陈[redacted]	37	健康	[redacted]

1、抚养 18 岁以下儿童 2 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 36000 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

申请救助理由（请详细描述）

柯[redacted]于5月7日腹部无明显诱因出现肿块，前往汕头大学附属第二医院行CT检查，诊断左上中腹部巨大占位，考虑肾母细胞肿瘤可能，比较危险，医生建议我们转广州市妇女儿童医疗中心治疗，5月8日在增城院尽力调入院，完善相关检查，考虑肿瘤破裂出血可能性大，5月12日转入PICU予术前化疗，6月9日全麻下行左侧肾根治性手术+腹膜后淋巴结清扫术+膈肌修补术，术后需要放7期全腹+2期半腹放疗，还有27个周期的化疗，目前已放了13个周期的化疗，后面还有14个周期，医生说保守估计总费用需要40万元左右，自孩子患病以来，我们长期在广州住院治疗，没有任何收入，让原本收入不多的家庭负担加重，陷入困境，家中还有一名10岁儿童要抚养，所以申请救助，恳请善心人士伸出援手，帮助孩子渡过难关，感谢！

本人保证上述情况完全真实。治疗费用都让我们难以承担，特向基金会申请救助，望批复，万分感谢！

申请人签名：陈[redacted]　　2026 年 10 月 9 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：肾恶性肿瘤　20-50万（肾母细胞瘤）

医师签名：李丽博　　2026 年 10 月 10 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥ 3000 元（大写：叁 万 ___ 仟 ___ 佰 ___ 拾 ___ 元 ___ 角 ___ 分）

负责人签名：何靖亚　　2026 年 10 月 13 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 11 月 2 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：柯	性别：男	年龄：2岁10个月
病种：肾母细胞瘤	治疗医院：广州市妇女儿童医疗中心（增城院区）	

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），将作为柯 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：

电　话：18924052214

日　期：2016年11月3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：柯[redacted]　性别:男　年龄:2岁8月科别：增-肿瘤外科1组　床号:[redacted]　住院号:[redacted]

诊　断:1.手术后恶性肿瘤化学治疗 2.肾恶性肿瘤

医嘱及建议：患儿于2026.08.24至2026.08.29在我院增城院区肿瘤外科住院治疗，特此证明！

医师签名:杨天佑/李嘉豪/李海涛 李嘉豪/

日　　期:2026年08月29日 12:00:00

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 GUANGZHOU WOMEN AND CHILDREN'S MEDICAL CENTER, GUANGZHOU MEDICAL UNIVERSITY P.R.CHINA (5) 诊断治疗证明专用章

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。

潮州市潮安区登塘镇白水村民委员会

家庭情况说明

兹有患儿柯[redacted]患肾母细胞瘤疾病，性别：男，年龄：2岁7个月，是广东省潮州市[redacted]村民，（父亲：柯[redacted]，母亲:陈[redacted]）的儿子。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:柯[redacted]　　身份证号:[redacted]

患儿母亲:陈[redacted]　　身份证号:[redacted]

情况属实，特此证明。

白水村民委员会

2026年7月20日

