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：2026880　　申请日期：2026年9月24日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	庄[redacted]	女	2020年4月	[redacted]		广东省潮州州市潮安区	
	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
	神经节神经母细胞瘤(高危IV期)	广州市妇女儿童医疗中心	2026年4月	120万元	[redacted]	[redacted]	□是 ☑否 残疾类型和级别：
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 60 %	□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 庄[redacted]	34	强直性脊柱炎	[redacted]
	母亲 舒[redacted]	34	健康	[redacted]

1、抚养18岁以下儿童 1 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 60000 元
3、固定资产：0 套房子；2 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）

患儿确诊神经节神经母细胞瘤(高危IV期)，已支出大额医疗费，目前正在进行免疫治疗以及化疗，后续安排放疗，放疗后还需免疫巩固治疗，预估总费用120万元。父亲患有强直性脊柱炎需长期治疗，母亲专职陪护患儿，家庭收入有限，无力承担巨额治疗费，恳请给予救助。

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：庄[redacted]　2026年9月24日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：神经母细胞瘤(高危，难治)，目前需要化疗和免疫治疗，预估费用60～100万。

医师签名：潘婷　2026年9月28日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写：叁万 仟 佰 拾 元 角 分）

负责人签名：何靖华　2026年10月9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：林锦泽　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：庄[redacted]	性别：女	年龄：6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），将作为庄[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：庄[redacted]

电　话：[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：[redacted]

电　话：18924052214

日　期：2006年11月3日

广州市妇女儿童医疗中心（儿）

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：庄[redacted]　　性别:女　　年龄:6岁　　科别：珠-肿瘤外科1组　　床号:[redacted]　　住院号：[redacted]

诊　断： 1.转移性神经节神经母细胞瘤 2.恶性肿瘤免疫治疗 3.恶性肿瘤维持性化学治疗 4.化疗后骨髓抑制 5.血小板减少 6.粒细胞缺乏

医嘱及建议： 患儿于2026-09-09至2026-10-04在我院住院治疗，特此证明。

医师签名：[redacted]

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心（集团）诊断证明专用章

日期：2026年10月[redacted]日 14:30:00

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。

家庭困难证明

兹有我村村民庄[redacted]，身份证号：[redacted]，住址：潮州市[redacted]。该户家庭共五口人，家中长辈年迈，无固定收入来源。全家仅靠患儿父亲一人务工维持生计，收入微薄且不稳定。患儿母亲长期专职陪护患儿就医，无法外出就业。庄[redacted]确诊高危神经母细胞瘤，需长期异地前往广州接受化疗、免疫等治疗，医疗开支巨大，家庭入不敷出，经济十分困难。

以上情况属实，特此证明。

上庄村委会（盖章）

2026 年 9 月 21 日

