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：2026883　　申请日期：2026 年 10 月 26 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄[redacted]	男	2016.11.13	[redacted]		广东省恩平市君堂镇杨渡村民委员会三早村八巷1号	
	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
	双下肢马蹄内翻足	暨南大学附属第一医院	2016.11 2026.10.13	20万元	[redacted]	1	☑是 ☐否 残疾类型和级别：二级肢体残疾
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 40 %	☑城镇居民 ~~48~~ %	☑商业保险 恩康保6 %	☐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； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 50000 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			
	父亲 黄[redacted]	42	好	[redacted]			
	母亲 [redacted]	37	好	[redacted]			
申请救助理由（请详细描述）	孩子确诊马蹄内翻足，需要住院做矫正手术，术后还需要佩戴矫正支架，定期复查和康复训练，治疗周期长，医疗费用开支大。家里收入微薄，全家收入仅够维持基本生活，为给孩子治病，已经花费不少，后续治疗费用压力巨大，家庭经济十分困难。孩子年纪小，需要及时治疗，避免影响以后走路。实在无力独自承担全部医疗开支，特此申请医疗救助，希望能得到帮扶，减轻家庭治病负担，万分感谢！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：[redacted]　2026 年 10 月 26 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：双下肢马蹄内翻足；双下肢多关节挛缩，现预计费用20万元 医师签名：[redacted]　2026 年 10 月 26 日						
	医院意见（盖章）：暨南大学附属第一医院 医务科 建议给予医疗救助金 ¥50000 元（大写：伍万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名：[redacted]　2026 年 10 月 28 日						
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥35,000.00元（大写：叁万伍仟元整） 负责人签名：[redacted]　2026 年 11 月 2 日　广东公益恤孤助学促进会 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：黄[redacted]	性别：男	年龄：9岁11个月	
病种：双下肢骨骺内翻畸形	治疗医院：暨南大学附属第一医院		

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），将作为黄[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：黄[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：2026年1月3日

版权归广东公益恤孤助学促进会所有

暨南大学附属第一医院
住院疾病诊断证明书

姓名:黄 性别:男 年 龄:9岁11月 登记号：0002852375

科室:小儿骨科及手外矫形骨科病房 床号: 住院号:

工作单位或家庭住址：广东省江门市恩平市广东恩平市

入院日期： 2026年10月13日

入院病情： 家属代诉患儿因“1.双下肢马蹄内翻足2.多关节挛缩”到我院就诊，于2026年7月28日在我院行右足跗骨截骨术+右跟腱延长术+外固定架固定。术后定期门诊复查。患儿双下肢畸形严重，需分期手术矫正治疗。现术后2个月余，患儿及家属为行左下肢手术治疗再返我院门诊就诊，门诊拟“1.双下肢马蹄内翻足（右侧术后）2.双下肢多关节挛缩”收住我科，拟手术治疗。自入院以来，患儿精神、食欲、睡眠可，大小二便正常，近期体重未见明显改变。

初步诊断： 1.双下肢马蹄内翻足（右侧术后）2.双下肢多关节挛缩。

诊疗计划： 入院后完善心电图、血常规、胸片等相关术前检查，排除手术禁忌症后，于2026年10月14日行右下肢肌肉清创术+右下肢外固定架固定术+右下肢外固定装置取出术+石膏托固定术+右足1-5趾趾骨内固定装置去除术。术后予以镇痛、消肿等对症支持治疗。于2026年10月21日行左足跗骨截骨术+左侧跟腱延长术+左膝关节松解术+外固定架固定+左跟骨截骨术。术后予以镇痛、消肿等对症支持治疗。

（从申 明

上级医师签名：谭为 医师签名：纪悦伦

住院处盖章： 签名日期:2026年10月27日 13时17分

暨南大学附属第一医院 疾病诊断专用章

版权归广东公益恤孤助学促进会所有

家庭经济困难证明

兹有我村委会村民（监护人姓名）黄[redacted]，身份证号[redacted]，家庭人口共5人，家庭年收入为5万元。因儿子（黄[redacted]，身份证号：[redacted]）患有双下肢马蹄内翻足，治疗费用支出高，家庭经济负担重基本生活出现困难。

以上所述属实，特此证明。

君堂镇杨屋村民委员会

村委会经办人签字：[redacted]

联系电话：[redacted]

2026 年 10 月 25 日

