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：2026891　　申请日期：2026年9月29日

	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
病童资料	伍[redacted]	男	2025.11.14	[redacted]		广东云浮市新兴县	
	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
	神经母细胞瘤	广州医科大学附属妇女儿童医疗中心	2026.4.30	50万	[redacted]	✓	☐是 ☑否 残疾类型和级别：✓
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 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
	父亲 伍[redacted]	35	良好	[redacted]
	母亲 梁[redacted]	28	良好	[redacted]

1、抚养18岁以下儿童 1 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴）30000-36000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）

患儿伍[redacted]5月龄，确诊神经母细胞瘤高危，已行进院骨病灶部分切除术和原发灶切除术，确诊后孩子先接受化疗，后手术，按照主治医生方案后续需要完成免疫治疗，控制病灶，降低复发风险，孩子尚年幼，治疗期间需要定期随查血常规肾功能，影像学等检查，经常输血，对症支持治疗，整个治疗周期漫长，医疗花费巨大，家中仅有爸爸1人有收入，收入微薄的病以来，新术，化疗，放疗，住院等费用已经掏空积蓄，还向亲友借款，因无相关保险，后续免疫治疗费用压力极大，家庭无力承担高额医疗费。为了让孩子能够继续完成规定治疗，争取康复机会，特此向爱心人士申请救助，恳请给予患儿救助，万分感谢！

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：梁[redacted]　2026年9月29日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：神经母细胞瘤，预计后续治疗费用需50万。

医师签名：[redacted]　2026年9月29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：[redacted]　2026年11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：伍[redacted]　性别：男　年龄：11月

病种：神经节神经母细胞瘤　治疗医院：广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

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），将作为伍[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：[redacted]

电　话：18924052204

日　期：2026年11月4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：伍[redacted]　性别:男　年龄:9月　科别：增-血液肿瘤科2组　床号[redacted]　住院号[redacted]

诊 断：1.神经节神经母细胞瘤 2.手术后恶性肿瘤化学治疗

医嘱及建议：患儿于2026.09.03-2026.09.09在我院增-血液肿瘤科2组住院治疗。

医师签名：[redacted]/ 王萌/袁丝

日　期:2026-09-09

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。

证明

兹有悦塘村[redacted]村民伍[redacted]男，身份证号码：[redacted]患神经节神经母细胞瘤，需要长期接受治疗。家庭人口5人，爷爷伍[redacted]男，身份证号码：[redacted]患听力残疾二级，年老无劳动力；奶奶彭[redacted]女，身份证号码：[redacted]年老无劳动力；父亲伍[redacted]男，身份证号码：[redacted]在县城[redacted]务工，月收入3000元；母亲梁[redacted]女，身份证号码：[redacted]无工作，照顾患儿。全家生活来源靠父亲务工维持。情况属实。

特此证明

新兴县太平镇悦塘村民委员会

2026年9月22日

