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：2026896　　申请日期：2026 年 11 月 2 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	刘	女	2025.9.28			贵州.威宁	
	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
	室间隔缺损	贵州省妇幼保健院	2025.10月	4.5万		/	☐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	刘	29	健康	
母亲	马	28	健康	

1、抚养 18 岁以下儿童 2 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴）28000 元
3、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

申请救助理由（请详细描述）

本人家庭收入来源低，夫妻二人务农为生，无固定正式工作，无稳定工资收入，全年仅靠打零工、做农活维持全家生活，家庭需育两名女儿，小女儿身体偏弱，体质差，体弱多病，日常医药费、护理开销较大，给本就困难的家庭带来沉重经济负担，日常生活开支、子女抚养及孩子就医费用压力大，家庭经济困难，无力独自承担高额的手术及后续康复费用。

特此申请相关帮扶救助，望予以批准。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：刘　　2026年 11 月 2 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：诊断为室间隔缺损，行手术费用4.5万元。

医师签名：[illegible]　　2026年 11 月 3 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥ 10000 元（大写：壹万 ⊗ 仟 ⊗ 佰 ⊗ 拾 ⊗ 元 ⊗ 角 ⊗ 分）

负责人签名：[illegible]　　2026 年 11 月 3 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 5000.00 元（大写：伍仟元整）

负责人签名：林钧泽　　2026年 11 月 9 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：刘	性别：女	年龄：1岁
病种：先天性心脏病室间隔缺损	治疗医院：中国人民解放军南部战区总医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元（大写：人民币伍仟元整），将作为刘 的治疗费用。

受助人（监护人）：刘

电　话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电　话：/

经办人：[illegible]

电　话：18924052214

日　期：2026 年 1 月 10 日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：刘 科室：心胸外科心外病区 床号： ID号： 住院号：

诊断证明

姓名：刘 出生日期:2025-09-28 性别：女 科室:心胸外科心外病区 床号

单位：无 身份：一般人员

入院日期：2026-11-03

病情摘要：1.患者为幼儿，先天性疾病；2.主因“发现心脏杂音半年”入院；3.查体：神清，精神可，无紫绀，双肺听诊呼吸音稍粗，未闻及干湿性啰音，心前区无隆起，心尖搏动有力，心包摩擦感未触及，心音正常，心率124次/分，心律规则，胸骨左缘第2-3肋间可闻及柔和收缩期杂音III/6级，余瓣膜区未闻及心脏杂音，未闻及心包摩擦音及额外心音。4.辅助检查：心脏彩超提示（2026-11-04）：房间隔缺损（中央型）。入院后积极完善术前相关检查，择日行手术治疗。

当前诊断：1.房间隔缺损；2.心功能II级

医生意见：特此证明

医院地址：广东省广州市流花路111号

经治医师：郑锖 郑锖

2026-11-04, 15:43

南部战区总医院

（诊断专用章）

证明

兹有我村村民刘[redacted]，男，身份证号码：[redacted]在家务农。妻子马[redacted]，女， 身份证号码：[redacted]。患者刘[redacted]，女，身份证号码：[redacted]，系刘[redacted]与马[redacted]之女。夫妻俩共生育两女，全家收入来源靠父亲刘[redacted]务农，家庭经济收入低，生活困难，情况属实。

特此证明。

黑石头镇水平村村民委员会

2020 年 11 月 7 日

