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：20269702　　申请日期：2026 年 10 月 12 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	蔡[redacted]	男	2026.06.25	[redacted]		广东广州	
	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	广州妇女儿童医疗中心增城院区	2026.08.02	30W	[redacted]	1	☐是 ☑否 残疾类型和级别：/
	购买保险情况及报销比例	☐新农合 ____ %	☑城镇居民 50%	☐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 蔡[redacted]	29	健康	[redacted]
	母亲 唐[redacted]	30	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）90000 元
3、固定资产：0 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）

患儿2026年8月28入住PICU，后续仍在医院进行化疗，费用花销大，家庭收入较低，仅父亲一人上班，现向基金会申请爱心资助

本人保证上述情况完全真实。
申请人签名：蔡[redacted]　2026 年 10 月 12 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：神经节神经母细胞瘤　30~50万

医师签名：李[redacted]　2026 年 10 月 14 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 10 月 20 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 9 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：蔡	性别：男	年龄：4个月
病种：神经母细胞瘤	治疗医院：广州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），将作为蔡[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：蔡[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11月10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：蔡　　性别:男　年龄:3月　科别：增-肿瘤外科1组　床号　住院号：

诊　断:1.手术前恶性肿瘤化学治疗（神经母细胞瘤） 2.腹膜后腔恶性肿瘤 3.肝继发恶性肿瘤

1. 手术前恶性肿瘤化学治疗（神经母细胞瘤） 2. 腹膜后腔恶性肿瘤 3. 肝继发恶性肿瘤

医嘱及建议：患儿于2026.10.13至今于我院增-肿瘤外科1组住院治疗。

医师签名:杨天佑/杨纪亮/李海涛/欧天文

日　　期:2026/10/15 9:35:21

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。

家庭情况说明

兹有患儿蔡[redacted]，患神经母细胞瘤疾病，性别男，年龄2月龄岁，是广东省（区、市）广州市（州）[redacted]县（区）[redacted]乡镇（街道）[redacted]村民小组（居委会），（父亲：蔡[redacted]母亲：唐[redacted]）村民（居民）的儿子 / 女儿。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：蔡[redacted]身份证号：[redacted]

患儿母亲：唐[redacted]身份证号：[redacted]

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：[redacted]

经办人及联系电话：[redacted]

2016年8月27日

