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：2026913　　申请日期：2026 年 10 月 27 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	曹[illegible]	男	2017.12.15	[illegible]		广东省佛山市	
	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	广州市妇女儿童医疗中心	2025-10-20	150万至200万左右	[illegible]	/	□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 70-80 %	□商业保险 ____ %	☑其他保险 穗当康7%	□无	

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话
父亲	曹[illegible]	42	健康	[illegible]
母亲	市[illegible]	38	健康	[illegible]

1、抚养 18 岁以下儿童 1 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 7.1万 元
3、固定资产：/ 套房子；/ 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）

患儿曹[illegible]，于2025年10月20日在广州市妇女儿童医院确诊为神经母细胞瘤，目前已在医院接受治疗，医生告知后续总费用预估200多万，截止申请日，已产生医疗费100多万，为治疗家中积蓄耗尽，亲戚朋友借遍，房子已停卖，信用卡银行[illegible]欠款300多万，由于患儿生病，父亲停业照顾，无经济来源，母亲上班一个月仅几千元，确无能力承担接下来的费用，家中只有一位孩子，年龄小，病情不允许中断治疗，特向本会申请疾病救助，救急续治。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：市[illegible]　　2026 年 10 月 27 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：神经母细胞瘤（高危），预估后续费用100万元

医师签名：邓[illegible]　　2026 年 10 月 27 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥40000 元（大写：肆 万 仟 佰 拾 元 角 分）

负责人签名：何诗[illegible]　　2026 年 10 月 27 日

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 慈善基金审批专用章

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）

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：曹 性别：男 年龄：6岁

病种：神经节神经母细胞瘤 治疗医院：广州市妇女儿童医疗中心（珠江新城院区）

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），将作为曹 的治疗费用。

受助人（监护人）：市

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/

电 话：/

经办人：

电 话：18924052214

日 期：2026年11月10日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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：曹[redacted]　性别:男　年龄:6岁　科别：珠-血液肿瘤科2组　床号[redacted]　住院号：[redacted]

诊 断:1.恶性肿瘤免疫治疗 2.神经节神经母细胞瘤

医嘱及建议：患儿于2026-09-08至2026-09-22在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：[redacted] /黄梓恩

日　期:2026年09月22日 10:00:23

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 (2) 诊疗证明专用章

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

兹有患儿黄[redacted]，患神经母细胞瘤疾病，性别男，年龄6岁，是广东省（区、市）佛山市（州）_____县（区）[redacted]乡镇（街道）_____村民小组（居委会），（父亲：黄[redacted]母亲：[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：黄[redacted]身份证号：[redacted]

患儿母亲：[redacted]身份证号：[redacted]

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2016 年 9 月 28 日

