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：2026928　　申请日期：2026年9月3日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	韦	男	2013.1.1			广西	
	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
	恶性肿瘤放射治疗右侧小脑半球骨迫母细胞瘤（WHO IV级）	广州市第一人民医院	2026.7.21	20万		/	□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	韦	31	良好	
母亲	罗	31	良好	

1、抚养18岁以下儿童 2 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 9万 元
3、固定资产：0 套房子；1 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）

孩子于2026年7月21日确诊小脑恶性肿瘤，目前在住院治疗，从确诊到今已花费将近10万了，亲戚朋友都已借遍，因孩子确诊以来妻子全程陪护，无法工作，现靠我一个人频繁往返医院，断断续续的工作，家中还有年迈的父母要赡养，还有一个儿子在读书，整个家庭人不敷出，家庭经济十分困难，无力承担后续治疗开支，恳请给予救助。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：韦　　2026年9月3日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：小脑髓母细胞瘤（恶性肿瘤）术后、需行术后放疗及化疗　预计30万元

医师签名：毛泽波　　2026年9月3日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥50000 元（大写：伍 万 1 仟 1 佰 1 拾 1 元 1 角 1 分）

负责人签名：黄腾　　2026年9月4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）

负责人签名：林钧泽　　2026年11月16日

广东公益恤孤助学促进会 秘书处

注：9月21日电话核查时3辞刘孩子已出院，因床位紧张暂未回院，11月11日家长告知孩子已回院，于11月16日审批，同意资助。

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：韦	性别：男	年龄：13
病种：髓母细胞瘤	治疗医院：广州市第一人民医院	

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），将作为韦 的治疗费用。

受助人（监护人）：韦
电　话：
见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：/
电　话：/
经办人：陈依玄
电　话：18924052214
日　期：2026年11月17日

广州市第一人民医院

住院（留观）患者电子诊断证明书

编号：

姓名：韦　　性别：男　　年龄：13岁

身份证号：　　住院号：

病区：肿瘤科病区　　床号：

入院日期：2026-11-12　　出院日期：尚在住院

入院诊断：

西医：1、右侧小脑半球髓母细胞瘤(WHO IV级)；

出院诊断：

病情摘要：

备注：

医生签名：

签名时间：2026-11-12 16:02　　住院诊断证明专用章

（住院病区盖章）　　（出入院结算处盖章）

（本诊断证明书未经医生签名及盖章无效）

证明

兹证明韦[redacted]（身份证号码：[redacted]）家庭住址：八桂瑶族[redacted]，家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为：2026年10月01日

该证明开具日期为2026年10月26日，自开具日期起有效期为6个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	韦[redacted]	[redacted]	10月	2026年10月01日
2	罗[redacted]	[redacted]	10月	2026年10月01日
3	韦[redacted]	[redacted]	10月	2026年10月01日
4	韦[redacted]	[redacted]	10月	2026年10月01日

八桂瑶族乡人民政府（盖章）

2026年10月26日


肿瘤科
Department of Oncology