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：2026929　　申请日期：2026 年 10 月 13 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	覃[illegible]	女	2026年2月1日	[illegible]		广西玉林市容县[illegible]	
	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
	脊髓恶性肿瘤	南方医科大学珠江医院	2026年7月复发 2023年7月初次确诊	30万	[illegible]		☐是 ☑否 残疾类型和级别：/
	购买保险情况及报销比例	☑新农合 35%+45%	☐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	覃[illegible]	41	良好	[illegible]
母亲	黄[illegible]	39	长期服药	[illegible]

1、抚养 18 岁以下儿童 4 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 30000 元
3、固定资产：1 套房子；0 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）

病童覃[illegible]于2023年11月在珠江医院查出恶性肿瘤，并进行了手术，花完所有积蓄，并负外债，由于资本问题，没有做后续治疗，于2026年7月病情复发，又再次手术，手术费和后续治疗需一笔巨大的开支，一般家庭难以承受，特向广东公益恤孤助学促进会求助

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：覃[illegible]　　2026年 10 月 13 日

医院填写

疾病诊断及治疗（费用）：患儿诊断为脊髓毛细胞型星形细胞瘤（复发），后续需化疗，治疗费用约 30万元

医师签名：赖[illegible]　　2026年 10 月 20 日

医院意见（盖章）：

建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写：叁万零 仟零 佰零 拾零 元零 角零 分）

负责人签名：[illegible]　　2026年 10 月 22 日

中国共产党 南方医科大学珠江医院 委员会

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥ 30,000.00 元（大写：叁万元整）

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

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：覃[redacted]　性别：女　年龄：6岁

病种：脊髓恶性肿瘤　治疗医院：南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款30,000元（大写：人民币叁万元整），将作为覃[redacted]的治疗费用。

受助人（监护人）：覃[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：2016年11月17日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：覃 科室：小儿血液科病区 床号： ID号： 住院号：

科别：小儿血液科病区	入院日期：2026年10月19日 出院日期：2026年10月22日

检查结果：

诊断意见：

1. 毛细胞型星形细胞瘤化学治疗 ；2. 脊髓毛细胞型星形细胞瘤（颈5-胸8，复发） ；3. 脊髓空洞症和延髓空洞症 ；4. 脊柱后凸

处理意见：住院治疗。

医生签名：赖肖蓉

日期：2026年10月22日

签发单位：（盖章）

南方医科大学珠江医院 诊断专用章 (31)

扫描全能王 创建

家庭经济困难证明

兹有我辖区村民覃[redacted]，性别男，身份证号码:[redacted]其女儿覃[redacted]，身份证号:[redacted]因患病有大额费用支出，家庭经济负担较重，家庭人均收入较低，家庭生活较为困难。

情况属实，特此证明。

村委会(盖章):

经办人:[redacted]

联系电话[redacted]

2026 年 9 月 27 日


SUPERMAN