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救助申请表（媒体推荐）

编号：2026[illegible]信息时报No.2381　　申请日期：2026年9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	
	魏[illegible]	女	2018.4.25	[illegible]		广州市	
	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
	神经母细胞瘤四期	中肿	2021年1月	100万 150～200万	[illegible]	/	□是 ☑否
	购买保险情况及报销比例	□新农合 ____ %	☑城镇居民 55 %	□商业保险 ____ %	□其他保险 ____ %	□无	残疾类型和级别：/

病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话
父亲	魏[illegible]	38	正常	[illegible]
母亲	陈[illegible]	38	一般	[illegible]

1、抚养18岁以下儿童 2 名；
2、家庭年收入（不含政府补贴） 3～4万 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）

（可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明。）

患儿魏[illegible]现年8岁，2021年1月确诊高危四期神经母细胞瘤，全身多发转移，先后接受化疗、手术、放疗、干细胞移植两次等治疗，花费大约50多万元。2025年病情复发加重转移，再次化疗、放疗、3F8免疫治疗等，再次治疗花费约60多万元。患儿母亲因陪护无工作无收入，患儿父亲亦无固定工作和收入，仅靠打零工兼职维持生活，长期治病耗尽积蓄，变卖财物并负债累累，无力承担后续治疗费，特此申请医疗救助，善款专用，接受监督。恳请予以帮扶，感谢！

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名：魏[illegible]　　2026 年 9 月 2 日

调查意见

情况属实。

调查员签名：[illegible]　　2026 年 11 月 13 日

广东公益恤孤助学促进会意见：

同意救助 ¥15,000.00元（大写：壹 万伍仟 ~~佰~~ ~~拾~~ 元 ~~角~~ ~~分~~）

负责人签名：[illegible]　　2026 年 11 月 16 日

广东公益恤孤助学促进会 秘书处

注：9月28日联系家长得知孩子已出院，回院时间不确定且资料未齐。11月2日家长告知本次孩子将回院治疗，并补齐资料，于11月16日例会审批同意资助。

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：魏	性别：女	年龄：8岁
病种：神经母细胞瘤	治疗医院：中山大学肿瘤防治中心	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元），将作为魏 的治疗费用。

受助人（监护人）：陈 （母亲）

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18日

中山大学 肿瘤防治中心
Sun Yat-sen University Cancer Center

中山大学附属肿瘤医院疾病证明

姓名:魏[redacted]
性别:女　**年龄**:8 岁　**籍贯**:福建省
入院日期:2026-08-10 12:22
出院日期:2026-08-13
住院号:[redacted]
入院诊断:　神经母细胞瘤综合治疗后复发　M 期 N-myc（-）
出院诊断:　神经母细胞瘤综合治疗后复发　M 期 N-myc（-）
治疗意见:

1.2026 年 8 月 31 日按期返院行下程化疗。

2.每周复查血常规 2-3 次，如果白细胞<3.0×109/L，升白细胞治疗；如果血小板<50.0×109/L，升血小板治疗；如果血小板<20.0×109/L，返院输血小板。

3.不适随诊。

医生签名:[redacted]

签名时间:2026 年 8 月 13 日

医疗专用章

家庭经济困难证明

兹有我社区辖区人员陈[redacted]身份证:([redacted])魏[redacted]身份证:[redacted]户籍地址:广州市黄埔区[redacted]集体户。

该人员为困难家庭,长期无固定工作、无稳定收入来源,全职居家长期照料一名患有重大疾病的未成年子女:魏[redacted]身份证:[redacted]。孩子2021年确诊神经母细胞瘤四期恶性肿瘤重大疾病,至今持续就医、服药、康复治疗,自费医疗开支极大,耗尽家庭积蓄,无额外经济帮扶。因需全天候贴身看护病患孩童,本人无法外出务工增收,家庭基本生活难以保障,经济负担沉重,符合困难户认定相关情况。

以上情况属实,特此开具证明。

居委会(盖章)

2026年11月17日

