

7233990

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022067

申请日期: 2022年1月23日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	白晨骏	男	2015-2-3		广东省和平县	
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	神经母细胞瘤		广州市妇女儿童医疗中心		6-8 万元	
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	陈慧聪	女		母亲	无	
	白庆新	男		父亲	搬运工, 5000-6000 元/月	
申请救助理由		申请救助理由请详细填写(如: 小孩病情起因、现状、后续治疗、费用缺口、家庭情况、医疗保险等) 患儿白晨骏, 6岁, 男性患儿, 本次因“确诊神经母细胞瘤4月, 返院手术”入院。本次入院为行肿瘤切除术, 后续需药物治疗, 预计总费用6-8万左右, 费用缺口4-6万左右。患儿家庭经济来源困难, 已出具当地民政局贫困证明。本次入院参加医保为城镇居民医保。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: <u>陈慧聪</u> 2022年1月23日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断“神经母细胞瘤”明确, 手术指征明确, 术前检查已完善, 基本排除禁忌, 拟择期行左侧腹膜后病损切除术, 后续需药物治疗。 医师签名: <u>郭晓明</u> 2022年1月23日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: <u>贰</u> 万 <u>仟</u> 佰 <u>拾</u> 元 角)					
广东公益恤孤助学促进会意见: <u>同意救助壹万叁仟</u> 负责人(签名): <u>郭晓明</u> 2022年1月8日						





廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症貧童救助款收據

病童姓名: 白晨駿 性別: 男 年齡: 7

病種: 神經母細胞瘤 治療醫院: 廣州婦女兒童醫療中心(珠江新城)

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 10,000 元(大写: 人民幣 壹萬元整), 將作為 白晨駿 的治療費用。

受助人(監護人): 陳慧聰

電話:

見證人(記者/志願者/捐贈方代表等):

電話:

經辦人: 梁弋

電話: 13822279353

日期: 2022年2月18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: 白晨骏 性别:男 年龄:6岁 科别:肿瘤外科二组(珠) 床号:004 住院号: 20233990

诊断:神经节神经母细胞瘤

医嘱及建议:

患儿因“确诊神经母细胞瘤4月，返院手术”自2022-1-6起于我科住院治疗。

医师签名:杨天佑/

日期:2022-01-23 09:14:09

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。



和平县洴源镇黄田村村民委员会

证明

兹有我的村民，白庆新，男，身份证号码：
[REDACTED] 妻子，陈慧聪，女，身份证号码：
[REDACTED] 其夫妻在家务农、打零工为生，无其他经济来源，年收入低，家庭经济十分困难。其儿子在 2021 年 9 月患有严重恶性肿瘤神经母细胞瘤。因治疗成本高，导致其家庭经济岌岌可危，为此，恳请贵院给予帮助。

此致

特此证明

洴源镇黄田村村民委员会

2022 年 1 月 12 日



