

70283264

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2023104

申请日期: 2023年2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
	张钢峰	男	2018-5-26			广东
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 50%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
粘多糖贮积病II型		广州妇女儿童医疗中心		50万		
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
	曾明珠	女	35	母子	待业	
	张子豪	男	34	父子	打工4000	
申请救助理由		申请救助理由请填写（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） 于2022年9月15日在广州妇女儿童医疗中心确诊为粘多糖贮积病II型，于2023年1月27日进行造血干细胞移植手术，现在是抗感染阶段，目前已负债15万了，后续还需要抗排斥治疗。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 曾明珠 2023年2月23日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 粘多糖贮积病II型，造血干细胞移植术，术后抗感染。 患儿于2023-1-27在广州妇女儿童医疗中心行造血干细胞移植术。 医师签名: 张子豪 2023年2月25日 医院意见: 建议给予医疗救助金_____元。 (大写: 壹万一千一百拾元 角 分) 负责人签名: 王宏伟 2023年3月2日					
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万捌仟元整 负责人(签名): 高晓红 2023年3月6日					



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: 张钧鸿 性别: 男 年龄: 4岁
病种: 粘多糖贮积病II型 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 18,000 元 (大写: 人民币壹万捌仟元整), 将作为张钧鸿的治疗费用。

受助人(监护人): 曾细妹

电 话: [REDACTED]

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: [REDACTED]

电 话: 13822279353

日 期: 2023年3月8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（病假建议书）

流水号： 20220915Y00760

姓名：张钧鸿

性别：

男

年龄：4岁

卡号：4401000019490465

诊断： 粘多糖贮积病II型，肝功能检查的异常结果，

诊断备注：

医嘱及建议：

病区： 内分泌科。

科医师： 徐爱晶

日期： 2022-09-15

注：

1. 未经盖章，签字无效
2. 涂改无效
3. 只作医院证明，不得作其他证明使用。



证明

兹有  村民张钧鸿，男，身份证号码  2018年5月出生，于2022年8月份在广州儿童医院确诊重大疾病、罕见病粘多糖贮积病二型。其父母生育两个孩子，父亲张飞魏作为家中主要经济支柱，34岁，高中学历，在广州打散工，月收入微薄约4000元，母亲雷细妹无职业，在家带孩子，曾祖母90岁高龄，体弱多病，祖父60岁偶尔打散工，祖母60岁无职业，现在该家庭为其治疗这个病已经花光积蓄，家中人口众多负担重，家庭经济困难，因病致困情况属实。

特此证明

高州市山美街道官杨村委会



2023-02-08

