

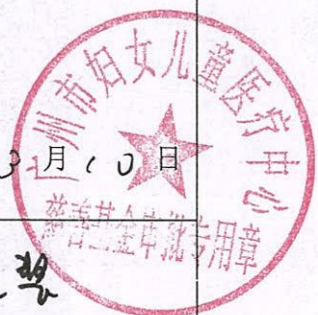
20274446

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: 202373

申请日期: 2023年3月1日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	胡毓欣	男	2016.6.23		[REDACTED]	广东
	参加医保情况		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无			报销比例: 30%
	所患疾病		治疗医院			预计医疗费用
再生障碍性贫血		广州市妇女儿童医疗中心			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
	胡东弟	男	38	父子	打散工 3000元	[REDACTED]
	李容珠	女	36	母子	临时工 没27元	[REDACTED]
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） 小孩2022年因脸色苍白，身上有淤青后确诊再生障碍性贫血，11月已行干网膜移植，今年1月住院迄今因排斥反应，现已花费180万。家里还有一个哥哥上中学，家庭经济压力较大。本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李容珠 2023年3月1日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 再生障碍性贫血 骨髓移植 骨髓移植费用约30-40万元 医师签名: [REDACTED] 2023年3月1日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 20000 元。 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: [REDACTED] 2023年3月10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): [REDACTED] 2023年3月20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：胡毓欣 性别：男 年龄：13  
病种：再生障碍性贫血 治疗医院：广州市妇女儿童医学中心

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），将作为胡毓欣的治疗费用。

受助人（监护人）：胡东弟

电 话：                    

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：                    

电 话：                    

经办人：梁七

电 话：13822279353

日 期：2023年4月3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: 胡毓欣 性别:男 年龄:12岁 科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号:006 住院号: 20274446

### 诊断:

1. 急性移植物抗宿主病(肠道4级) 2. 血栓性微血管病 3. 巨细胞病毒血症 4. 造血干细胞移植状态 5. 再生障碍性贫血

医嘱及建议: 患儿于2023-1-12入院, 拟继续住院治疗。

医师签名:  /张亚楠

日期:2023-2-14 16:05:55

- 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。



广东省揭阳市  
惠来县仙庵镇浮山村民委员会用笺

收入证明

兹有我村民胡毓欣，男、身份证号[REDACTED] 家庭中4人，人员组成为胡东弟、李容珠、[REDACTED]、胡毓欣。家庭主要收入来源为务工，现因家庭成员胡毓欣患血巨细胞毒血症，再生障碍性贫血病，致家庭经济困难，不能承担医疗费用，附件病例。

特此证明





