

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: 2023443

申请日期: 2023年6月13日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	吴木葵	女	2005.08.24			广东
	参加医保情况		☐ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	髓母细胞瘤		珠江医院. 三九脑科医院		30万元	
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
	吴妃弟	男	47	父子	务农, 月入2000左右	
	梅妃冰	女	46	母女	务农, 月入2000左右	
申请救助理由		家中主要收入来源全靠夫妻二人务农, 在每月收入约3000元, 育有五位子, 家中还有一位老母亲, 由于女儿不幸患上恶性肿瘤, 巨额医疗使家里负债累累, 家中还有三位子女在上, 所以请求您的慷慨救助。本人保证上述情况完全真实。				
		申请人签名: 吴妃弟 2023年6月13日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断髓母细胞瘤, 治疗整体费用约20-25万					
	医师签名: 吕莉 2023年6月26日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 30000 元。 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 2023年6月28日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟元整 负责人(签名): 2023年7月10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: 吳木葵	性別: 女	年齡: 17
病種: 骨髓母細胞瘤	治療醫院: 南方醫科大學珠江醫院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 13,000 元（大写：人民币壹万叁仟元整），将作为吳木葵的治疗费用。

受助人（监护人）: 梅妃冰

电 话: [REDACTED]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等): —

电 话: —

经办人: 陈戈

电 话: 13822279353

日 期: 2023年7月24日

诊断证明书

姓名：吴木葵

科室：小儿血液科病区

床号：6

ID号：4700269

住院号：809830

科别：小儿血液科病区

入院日期：2023年06月23日

出院日期

检查结果：

诊断意见：

1. 第四脑室髓母细胞瘤化疗治疗；2. 第四脑室髓母细胞瘤（促纤维增生性/结节性，Group4，高危）；
3. 偏瘫；4. 脑积水

处理意见：住院治疗

医生签名：



吴莉

日期：2023年06月26日

签发单位：（盖章）



核发单位：雷州市民政局
发证日期：2023年6月1日
户主姓名：吴木葵
身份证号码：
低保证编号：

-1-

户主姓名	吴木葵	性别	女	
出生年月	2005年8月24日	职业	重大疾病 (恶性肿瘤)	
医保卡号		家庭人口	1	
居住地址				
户籍地	市 县(市、区) 乡镇(街道) 村(居)委			
低保资金 发放账号	2			
家庭 成员 情况	姓名	关系	职业	月收入

-2-

家庭成员照片

核发单位 盖章 注明：(此处 贴小一寸照片)	核发单位 盖章 注明：(此处 贴小一寸照片)	核发单位 盖章 注明：(此处 贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：
核发单位 盖章 注明：(此处 贴小一寸照片)	核发单位 盖章 注明：(此处 贴小一寸照片)	核发单位 盖章 注明：(此处 贴小一寸照片)
姓名：	姓名：	姓名：

-3-

