

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: 2024444

申请日期: 2024年 8月 14日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	赖		男	2020.9.1			普宁
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	室间隔缺损		普宁医院	2021.3	4.5		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☒ 50 %	☐ 城镇居民 ☐ %	☐ 商业保险 ☐ %	☐ 其他保险 ☐ %	☐ 无
申请救助理由（请详细描述）	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 30000 元		
	父亲 赖	32	健康		固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 无辆小车		
医院填写	母亲 张	28	健康		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		
父母年迈, 父亲是二级残疾, 母亲在家照顾. 赖 育有二个孩. 现在学校读书, 因小儿子赖 患有先天性心脏病, 需长期治疗及家人照顾, 造成目前家庭收入减少, 生活困难. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 赖 2024年 8月 14日							
疾病诊断及治疗（费用）: 患儿入院后诊断为室间隔缺损, 需行心脏外科手术, 预估手术费用4.5万. 医师签名: 林晓 2024年 8月 15日 医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 5000 元（大写: 伍仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 王 2024年 8月 15日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 5,000.00 元（大写: 伍仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 高 2024年 8月 21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: 賴 [redacted] 性别: 男 年龄: 4
病种: 心脏室间隔缺损 治疗医院: 中国人民解放军南部战区总医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币 伍仟元整), 将作为賴 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 賴 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2024年 8月21 日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：赖 科室：心胸外科心外病区 床号： ID号： 住院号：

诊断证明

姓名：赖 出生日期：2020-09-01 性别：男 科室：心胸外科心外病区 床号：

单位： 身份：一般人员

入院日期：2024-08-14

病情摘要：患儿自幼发现室间隔缺损。

当前诊断：1. 先天性心脏病 1.1室间隔缺损 1.2心功能II级

医生意见：住院手术治疗。

医院地址：广东省广州市流花路111号

经治医师：余剑
2024-08-15
南部战区总医院
(诊断专用章)



普宁市梅塘镇长美村民委员会

证明

兹有我村村民赖[REDACTED]，男，身份证号码：
[REDACTED]，其父母年迈，父亲是二级残疾，
母亲在家照顾。赖[REDACTED]育有二个子女，现在学校读书，
因小儿子赖[REDACTED]患有先天性心脏病，需长期治疗及家
人照顾，造成目前家庭收入减少，生活较为困难。

特此证明



