

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: 20240802

申请日期: 2024 年 12 月 3 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	余		男	2017.2.23			广东省陆丰市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	性横纹肌肉瘤		珠江医院	2021年11月	30万		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ____ %	☒ 城镇居民 65 %	☐ 商业保险 ____ %	☐ 其他保险 ____ %	☐ 无
	是否残疾		☐ 是 ☒ 否				
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 <u>3</u> 名；	
	父亲	余	36	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>15000</u> 元	
医院填写	母亲	范	36	健康		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小车	
	家庭困难类型:		☐ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明;				
申请救助理由（请详细描述）		2021年11月确诊到现在一共花费了25万多,目前父母没有稳定的工作,只有爸爸一个人在打散工,生活非常困难的同时还要照顾家中有精神病的奶奶(生活费3000元),还有两个读幼儿园的孩子,学费6000元,妈妈在医院照顾孩子,爸爸在家里做散工和照顾奶奶。					
本人保证上述情况完全真实。		申请人签名: 范 2024 年 12 月 3 日					
疾病诊断及治疗（费用）:		患儿诊断为横纹肌肉瘤(颅内)多发,现化疗后效果不佳仍需靶向药物联合化疗,预估费用约20-30万元。					
医师签名:		2024 年 12 月 4 日					
医院意见（盖章）:		建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)					
负责人签名:		2024 年 12 月 10 日					
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万 伍仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)							
负责人签名: 姜叶 2024 年 12 月 16 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: 余 [redacted] 性别: 男 年龄: 7岁
病种: 横纹肌肉瘤 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元整), 将作为余 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 范 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 周其明

电 话: 13822279383

日 期: 2024年12月17日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：余 科室：小儿肿瘤科病区 床号： ID号： 1 住院号：

科别：小儿肿瘤科病区

入院日期：2024年11月24日

检查结果：

诊断意见：

1. 左侧中、后颅窝胚胎性横纹肌肉瘤化学治疗；2. 脑脊液耳漏；3. 颅内压增高；4. 颅腔积气；5. 人鼻病毒感染；6. 左侧中、后颅窝胚胎性横纹肌肉瘤（IIIa期，中枢侵犯组，复发）；7. 急性上呼吸道感染

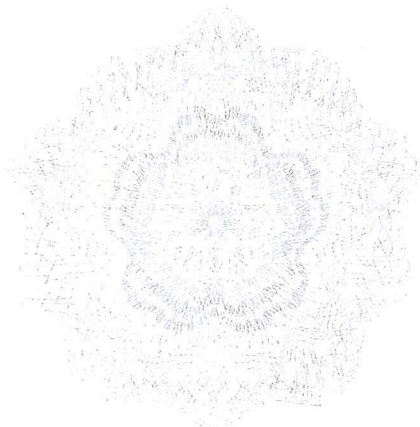
处理意见：住院治疗

医生签名：

兰和魁

日期：2024年12月03日

签发单位：（盖章）



核发单位: 陆丰市民政局——
发证日期: 2024年10月8日——
户主姓名: 范——
身份证号: 粤——
低保证编号: 41——

户主姓名	范	性别	女
出生年月	1988.09.23	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	5
居住地址	陆丰市		
户籍地址			
低保资金 发放账号			
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	余	配偶	
	余	母子	
	余	母女	
	余	母子	

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
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)	
姓名:		姓名:	

