

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: 2025096

申请日期: 25 年 2 月 10 日

病 童 资 料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈	男	2020.01.30			广东省汕头	
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号	是否残疾
	神经母细胞瘤	广州市妇 儿童医院	2024.11.14	100万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别:
购买保险情况及报 销比例		☐ 新农合 ____ %	☒ 城镇居民 80 %	☐ 商业保险 ____ %	☐ 其他保险 ____ %	☐ 无	

病 童 家 庭 情 况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 60000 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车 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	
	父亲	陈	30	健康		
	母亲	张	30	健康		

申请救助理由(请详细描述):
真是屋漏偏逢连阴雨,早些年做生意不慎亏损,还没缓过神来,又遭如此暴击!我的孩子于2024年11月确诊为神经母细胞瘤4期高危,一纸诊断书,又再把我们所有平静生活击碎。昂贵的治疗之路仅走了四分之一已经花费了30万,我们的治疗方案是4轮化疗+手术+2轮化疗+放疗+5轮巩固化疗,费用高达百万,孩子患病,我们停了工作在医院照顾孩子,家中还有一个4岁的儿。面对昂贵的费用,我们四处借钱,负债累累,如今只能本人保证上述情况完全真实。恳求基金会对我们伸出援手
申请人签名: 张 年 2 月 2 日 10

医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断神经母细胞瘤,仍需化疗,手术,放疗,化疗等,预估总费用130万	医师签名: 叶景印	年 2 月 11 日
	医院意见(盖章):		
	建议给予医疗救助金 30000 元 (大写: 叁万 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 慈善基金审核专用章 2 月 13 日		

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 15000.00 元 (大写: 壹万伍仟之整 拾 元 角 分)

负责人签名: 林 2025 年 2 月 24 日

秘书处



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: 陈[模糊] 性别: 男 年龄: 5岁
病种: 转移性神经鞘瘤 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心
细胞瘤

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元整），将作为陈[模糊]的治疗费用。

受助人（监护人）: [模糊]

电 话: [模糊]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 周其明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年2月25日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 陈 性别: 男 年龄: 4岁 科别: 增-肿瘤外科1组 床号: 住院号:

诊断:

1. 转移性神经节神经母细胞瘤 2. 恶性肿瘤免疫治疗 3. 为肿瘤化学治疗疗程 4. 化疗后骨髓抑制

医嘱及建议: 患儿于2024-01-02至2024-01-16在我院住院治疗, 特此证明。

医师签名: 杨天佑/李嘉豪/郑曼娜/林伟

日期: 2025-01-16 10:25:09

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。



家庭情况说明

兹有患儿 陈，患 神经母细胞瘤 疾病，性别 男，年龄 4 岁，是 广东 省（区、市）汕头市（州）濠江区（区）溪寮镇（街道）溪寮村 村民小组（居委会），（父亲：陈，母亲：张）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：陈 身份证号：440521198106210011

患儿母亲：张 身份证号：440521198106210011

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：_____

2024 年 12 月 10 日



