

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: 2025125

申请日期: 2025 年 2 月 18 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		女	2015.4.24			广东省汕头市潮阳区	
	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
	骨髓母细胞瘤		南方医科大学珠江医院	2023.11.25	20万			☐ 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 %	☐ 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 3 名;		
	父亲	黄	38	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 12000 元		
	母亲	黄	34	健康		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 无 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		
申请救助理由（请详细描述）	因为小孩看病花费所有,向亲戚好友都借,家庭困难。家里还有2个弟弟要抚养,我们夫妻两个照顾小孩来医院治疗,没收入。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2025 年 2 月 18 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:							
	诊断: 骨髓母细胞瘤 (12 类型, wnt 型) 大概需要 30-40 万							
	医师签名: 张 2025 年 2 月 18 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: 2025 年 2 月 20 日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 10,000.00 元（大写: 壹万元 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）								
负责人签名: 林 2025 年 3 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：黃 [redacted] 性别：女 年龄：10
病种：骨髓母细胞瘤 治疗医院：广东省广州市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 10,000 元（大写：人民币壹万元整），将作为黃 [redacted] 的治疗费用。

受助人（监护人）：黃 [redacted]

电 话：[redacted]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： [redacted]

电 话： [redacted]

经办人：周基明

电 话：13822279353

日 期：2015年3月14日

诊断证明书

姓名：黄

科室：小儿血液科病区

床号：22

ID号：4459

住院号：5574

科别：小儿血液科病区

入院日期：2024年12月29日

出院日期：2025年01月02日

检查结果：

诊断意见：

1. 小脑蚓部髓母细胞瘤化学治疗；2. 小脑蚓部髓母细胞瘤（经典型，WNT型，高危）；3. 化疗后骨髓抑制；4. 运动障碍；5. 髓母细胞瘤放射治疗后；6. 髓母细胞瘤切除术后；7. 鼻窦炎；8. 中耳炎；9. 乳突炎

处理意见：住院治疗。

医生签名：

日期：2025年01月02日

签发单位：（盖章）



汕头市潮阳区民政局

核发单位: _____

发证日期: 2024-12-01

户主姓名: 黄 [redacted]

身份证号码: [redacted]

低保证编号: [redacted]

户主姓名	黄 [redacted]	性别	男性
出生年月	1987-4-17	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	5人
居住 地址	广东省汕头市 [redacted]		
户籍 地址	[redacted]		
低保资金 发放账号	[redacted]		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	黄 [redacted]	本人	
	黄 [redacted]	配偶	
	黄 [redacted]	子	
	黄 [redacted]	子	
	黄 [redacted]	女	

