

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: 2025184

申请日期: 2025年3月31日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	廖		男	2021.6.11			广东省肇庆市	
	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
	转移性神经节神经母细胞瘤		广州市妇女儿童医疗中心	2024年10月	100万元			□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 2 名;		
	父亲	廖	43	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 72000 元		
	母亲	刘	36	乙肝		3、固定资产: 1 套房子; 0 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		
申请救助理由(请详细描述)		2024年9月,因腿痛发热入院查因。本以为只是一次普通的生病,却确诊了转移性神经节神经母细胞瘤,4期高危,全身多发骨转移,骨髓转移,头颅转移。医生建议化疗和免疫治疗,但免疫的巨额费用对我们普通家庭来说,实在难以承担。只能先行化疗,后面再一边筹钱一边做免疫。 孩子生病后,我全程在医院照顾,家中还有一个9岁的女儿和年迈的父亲需要照顾。孩子的治疗费用和家日常支出仅靠孩子爸爸一人上班维持。前期的治疗已使家中负债累累,本人保证上述情况完全真实。借无可借,后续治疗难以为继。 申请人签名: 刘 2025年3月31日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):							
	诊断转移性神经母细胞瘤。仍需化疗。放疗。免疫治疗。费用约100万元。							
	医师签名: 叶景华		2025年3月31日					
医院意见(盖章):								
建议给予医疗救助金 ¥20000		(大写) 贰 万 零 拾 元 角 分						
负责人签名: 何靖雯		2025年4月1日						
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥15,000.00 元(大写: 壹 万 伍 千 零 拾 元 角 分)								
负责人签名: 孙新		2025年4月1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: 廖 [redacted] 性别: 男 年龄: 3岁10个月
病种: 转移性神经节神经母细胞瘤 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为廖 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘 [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: 13811279353

日 期: 2015年4月22日

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

姓名: 廖 性别:男 年龄:3岁 科别: 增-肿瘤外科1组 床号:27 住院号:

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. 血小板减少 5. 粒细胞缺乏 6. 重度贫血 7. 腹泻 8. 肝功能检查的异常结果 9. 电解质紊乱(低磷血症、低镁血症、低钠血症)

日期:2025年01月24日 10:00:13

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 廖，患 神经母细胞瘤 疾病，性别 男，年龄 3 岁，是 广西 省（区、市）桂林市（州）恭城县（县）恭城 乡镇（街道）白马 村民小组（居委会），（父亲：廖，母亲：刘）恭城瑶族自治县 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：廖 身份证号：

患儿母亲：刘 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2025 年 3 月 20 日



