

### 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: 2025253

申请日期: 2025年5月16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                               | 2021.7.5                        |                                 |                                                                                                                                                                              | 梅州市   |                                                                              |
|               | 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                                                                         |
|               | 神经母细胞瘤                                                                                           |                                                                                                                                                                                       | 广州市妇女儿童医疗中心                     | 2025.1.10                       | 150万                            |                                                                                                                                                                              |       | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: |
| 购买保险情况及报销比例   |                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 80 %                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input type="checkbox"/> 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                                                                                               | 陈                                                                                                                                                                                     | 38                              | 健康                              |                                 | 2、家庭年收入（不含政府补贴） 72000 元                                                                                                                                                      |       |                                                                              |
|               | 母亲                                                                                               | 陈                                                                                                                                                                                     | 34                              | 健康                              |                                 | 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车                                                                                                                                                 |       |                                                                              |
|               |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                 |                                 |                                 | 4、家庭困难类型:<br><input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 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） |                                                                                                  | <p>我是患儿陈的父亲陈。患儿陈在2025年1月检查出患有神经母细胞瘤，预估治疗费用在50万元到150万元之间。我家中有五口人，最小的才6个月大，国家中只有我一人工作，每月收入除去支出，所剩微薄，实在难以支付高昂的治疗费用。特恳请各位领导向我们伸出援助之手！</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 陈 2025年5月16日</p> |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |       |                                                                              |
| 医院填写          | <p>疾病诊断及治疗（费用）: 诊断神经母细胞瘤（高危组），仍需化疗、手术、放疗、免疫治疗等，费用约100万元。</p> <p>医师签名: 叶景华 2025年5月18日</p>         |                                                                                                                                                                                       |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |       |                                                                              |
|               | <p>医院意见（盖章）:</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 何靖波 2025年5月19日</p> |                                                                                                                                                                                       |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |       |                                                                              |
|               | <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 梁梅彬 2025年5月26日</p> |                                                                                                                                                                                       |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |       |                                                                              |



# 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      | 性别:   | 男           | 年龄: | 3岁 |
| 病种:   | 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 20,000 元（大写：人民币贰万元整），将作为陈 的治疗费用。

受助人（监护人）: 陈

电 话:

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: 2015年5月27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:3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.为肿瘤化学治疗疗程 3.低蛋白血症 4.贫血

医嘱及建议：患儿于2025-02-27至2025-03-05在我院住院治疗，特此证明。

医师签名:杨天佑/杨纪亮/郑曼娜/叶梓杰/李振宏

日期:2025/3/5 13:07:26

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。





核发单位: 兴宁市

发证日期: 2025-05-08

户主姓名: 陈

身份证号码:

低保证编号:

|                    |           |      |      |
|--------------------|-----------|------|------|
| 户主姓名               | 陈         | 性别   | 男性   |
| 出生年月               |           | 民族   | 汉族   |
| 社保卡<br>(医保卡)<br>号码 |           | 家庭   | 5    |
| 居住<br>地址           | 广东省兴宁市    |      |      |
| 户籍<br>地址           | 广东省梅州市兴宁市 |      |      |
| 低保资金<br>发放账号       |           |      |      |
| 家庭<br>成员<br>情况     | 姓名        | 关系   | 月收入  |
|                    | 陈         | 本人   | 0    |
|                    | 陈         | 父母   | 2265 |
|                    | 张         | 父母   | 0    |
|                    | 陈         | 兄弟姐妹 | 0    |
|                    | 陈         | 兄弟姐妹 | 0    |

