

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: 2025 266

申请日期: 2025年5月23日

姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
程		女	2023.9.17			广东省广州市番禺区	
病童资料	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	是否残疾
	神经母细胞瘤		中山大学附属第一医院	2025.01	100万		☒ 是 ☐ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ____%	☒ 城镇居民 60%	☐ 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		
	父亲	程	30	正常			
	母亲	李	31	正常			
申请救助理由(请详细描述)		尊敬的基金会领导，我孩子于2025年1月确诊神经母细胞瘤，高危！这个病种属于凶险，复发率高，被称为“儿童癌症之王”医生治疗的方案：先化疗手术，化疗，放疗，免疫治疗一系列的医疗费用高达上百万，这么庞大的医疗费用让我们这个普通家庭无力承担，治疗至今已负债累累，在此恳请基金会伸出援手，帮助我孩子渡过难关，给予孩子更多生的希望，万分感谢！！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：李 2025年5月23日					
医院填写	疾病诊断及治疗(费用)：		患神经母细胞瘤(高危)，已行化疗、手术，后续需行放疗、化疗、免疫治疗及骨髓抑制期对症支持治疗。 预计费用约100万元。 医师签名：书碧 2025年5月27日				
	医院意见(盖章)：		病情属实，请予以救助。 建议给予医疗救助金¥30000元(大写：叁万贰仟元整)。 负责人签名：书碧 2025年5月27日				
广东公益恤孤助学促进会意见：							
同意救助 ¥20,000.00元(大写：贰万零元整)。 负责人签名：书碧 2025年6月3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:	程	性别:	女	年龄:	1+
病种:	神经母细胞瘤	治疗医院:	中山大学附属第一医院.		

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），将作为程 的治疗费用。

受助人（监护人）：李 ()

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）：

电 话：

经办人：周其研

电 话：13822279383

日 期：2015年6月4日



中山大学附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：程

科别：心儿科及结构心病区

床号：

住院号：

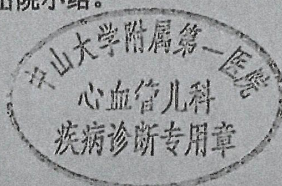
出院患者疾病证明书

姓名：程 性别：女 年龄：1岁 出院科别：心儿科及结构心病住院号：

入院日期：2025年05月02日 出院日期：2025年05月20日

出院诊断：1. 恶性肿瘤化疗，2. 神经母细胞瘤，3. 化疗后骨髓抑制，4. 肺炎，5. 乳糜漏，6. 儿童肿瘤心脏病

入院情况及诊疗经过：详细内容见出院小结。



医师：李新秋 / 胡玲
2025年05月20日

家庭经济情况说明

兹有我社区（村委会）居民（村民）程，（法定监护人姓名），

身份证号 ，家庭住址 广东省雷州市茂利镇

家庭人口共 5 人，家庭年收入为 10万 元。其子/女 程（申请救助儿
童姓名），身份证号 ，患有 神经肌肉绝症 疾

病，已在 广州市中山大学附属第一医院（医院名称）接受治疗。因孩子治疗费用支出，

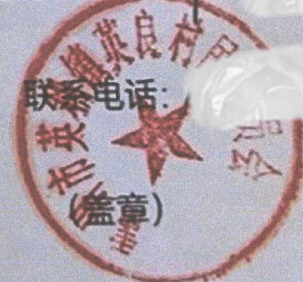
家庭经济负担重，基本生活出现困难，现向基金会申请医疗救助金。

以上所述属实，特此说明。

村（居）委会所在地：广东 省（区、市）湛江市（州）雷州 县
(市/区) 茂利 乡镇（街道）。

村（居）委会经办人签字：程

联系电话：



2025年3月25日

