

## 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: 2025420

申请日期: 2025 年 7 月 4 日

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |       |                                                                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------|--|
| 病童资料                                                                                            | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                                                                                                                                                                                                                                                           |                            | 户籍所在地 |                                                                              |  |
|                                                                                                 | 张                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                              | 女                               | 2019.1.18                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            | 广东松川  |                                                                              |  |
|                                                                                                 | 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                                                                         |  |
|                                                                                                 | 自身免疫性脑炎                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              | 广州医科大学附属妇女儿童医院                  | 2025.6.12                       | 150000元                                                                                                                                                                                                                                                         |                            | /     | <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 40 % | <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 2 名;<br>2、家庭年收入 (不含政府补贴) 100000 元<br>3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车<br>4、家庭困难类型:<br><input checked="" 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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明 |                            |       |                                                                              |  |
|                                                                                                 | 父亲                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 张                                            | 35                              | 良好                              |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |       |                                                                              |  |
|                                                                                                 | 母亲                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 张                                            | 36                              | 良好                              |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |       |                                                                              |  |
| 申请救助理由 (请详细描述)                                                                                  | <p>尊敬的领导:</p> <p>你们好。我们是患儿张 的父母, 是我们的大女儿, 今年6岁5个月, 于6月6日发病在当地医院就诊, 治疗效果不佳于12日转诊广州医科大学附属妇女儿童医院, 17日不幸确诊为自身免疫性脑炎, 这是一种严重的神经系统疾病, 治疗过程复杂且治疗费用高, 后续还需康复治疗, 药物维持。我们家的经济来源仅靠我们夫妻俩的工资, 家中还有年逾六十的父母, 2岁半的小女儿, 每月还需偿还房贷、装修贷。本人保证上述情况完全真实。万般无奈下, 恳求贵会帮助我们, 万分感谢。</p> <p>申请人签名: 张 2025 年 7 月 4 日</p> |                                              |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |       |                                                                              |  |
| 医院填写                                                                                            | 疾病诊断及治疗 (费用): 抗 NMDA 受体脑炎. 共计 150000 元.                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |       |                                                                              |  |
|                                                                                                 | 医师签名: 余云 2025 年 07 月 04 日                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |       |                                                                              |  |
|                                                                                                 | 医院意见 (盖章):<br>建议给予医疗救助金 ¥15000 元 (大写: 壹万伍仟元 拾 元 角 分)<br>负责人签名: 何靖雯 慈善基金审批专用章 2025 年 7 月 8 日                                                                                                                                                                                               |                                              |                                 |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |       |                                                                              |  |
| 广东公益恤孤助学促进会意见:<br>同意救助 ¥10,000.00 元 (大写: 壹万零仟元 零 拾 零 元 零 角 零 分)<br>负责人签名: 何靖雯 2025 年 秘 书 处 11 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: 张     | 性别: 女                  | 年龄: 6岁 |
| 病种: 自身免疫性脑炎 | 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 |        |

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为张 治疗费用。

受助人 (监护人): 张

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2025 年 8 月 12 日

# 广州市妇女儿童医疗中心（儿）

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: 张 性别: 女 年龄: 6岁 科别: 儿-PICU1组 床号 住院号

诊断: 1. 抗NMDA受体脑炎 2. 癫痫持续状态 3. 一过性意识丧失 4. 葡萄糖-6-磷酸酶缺乏 5. 地中海贫血 6. 甲状腺功能检查的异常结果(TPO、TG抗体阳性)

医嘱及建议: 患儿于2025.06.14至2025.07.04在我院住院治疗。

医师签名: 洪婕/余雪云

日期: 2025-07-04 17:13:45



- 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。

# 龙川县紫市镇仁里村民委员会

## 证 明

慈有龙川县紫市镇仁里村委会 村民，张  
女，出生于2019年1月18日，身份证号码  
是农业户口，其父亲，张 身份证号码  
母亲，张 身份证号码 妹妹张  
身份证号码 爷爷张 身份证号码：  
奶奶罗 身份证号码：  
张 家庭共6人，4人无劳动能力。

张 因患自身免疫性脑炎，现在广州医科大学附属妇女儿童  
童医疗中心就医，家庭主要经济来源靠其父母务工维持生活，又  
要赡养双老，生活极其清贫，今张 身患疾病就医，家庭经济  
难以支付巨额医疗费用，情况属实。

龙川县紫市镇仁里村民委员会

2025年7月2日



