

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: 2025419

申请日期: 2025 年 7 月 29 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	叶		男	2020-8-7			广东省阳春市	
	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
	腹腔肿瘤 肾透明细胞肉瘤		广东省人民医院	2025-4-23	25万			☐ 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 40~50 %	☐ 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	叶	46	良好				
	母亲	刘	44	良好				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>2万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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）	母亲专门陪护，无经济收入，父亲是普通务工，现是家里唯一收入来源。爷爷奶奶以前是普通农民，现身体差年纪大，无法提供任何帮助，还需我们提供生活费及医药费。家里还有两个姐姐在读书。现阶段因叶 患病治疗费用支出较大，经济负担大，望批准，谢谢！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘 2025 年 7 月 29 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿因腹痛，在我院经过腹部肿物手术切除。术后病理检查，诊断为肾透明细胞肉瘤，在我院放化疗。预计费用 25 万人民币左右。 医师签名: 李永富 2025 年 7 月 29 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 广东省人民医院 委员会 2025 年 7 月 30 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 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 2025 年 7 月 30 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: 叶	性别: 男	年龄: 5岁
病种: 腹腔肿瘤	治疗医院: 广东省人民医院	

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), 将作为叶 治疗费用。

受助人 (监护人): 刘

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林信音

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2025年 8月12日



疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 编号：
住院号(门诊号)：
姓名： 叶 性别： 男性 年龄： 4岁11月 床号：
入院日期： 2025-07-11 出院日期： 2025-07-18
处理意见：

患儿诊断“腹腔肿瘤——肾透明细胞肉瘤”在我院住院治疗。

诊断：

1. 腹腔肿瘤——肾透明细胞肉瘤



医嘱：

- (1) 我院放射治疗科随诊行腹腔肿瘤瘤床放疗治疗；
- (2) 儿童血液科随诊，监测血常规的变化，定期返院治疗，联系电话

复诊建议：

医师：

李永康

日期：

2025年07月18日

注：

1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

家庭情况证明

现有潭水镇三塘村委会 村民叶奕霖（男），
（身份证号码 ）， 因患有腹
腔肿瘤，在医院接受治疗，年纪较小，其母亲目前专
门陪护。无经济收入来源，父亲叶 是家中唯一收入
来源，家中除了有年迈的爷爷奶奶要照顾，还有两个
姐姐在读书。现因患病在医院治疗费用较大，导致家
庭经济负担较大，生活困难，情况属实。

特此证明

潭水镇 公共服务中心
经办人: 
2020年7月25日

