

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: 2025095

申请日期: 2025 年 8 月 24 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	马		女	2018.12.11			四川省成都市	
	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
	神经母细胞瘤四期高危		中山大学孙逸仙纪念医院花都区院区	2024年2月14日	百万			☐ 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 55 %	☐ 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 <u>1</u> 名;		
	父亲	马	32	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>5 万</u> 元		
	母亲	张	32	良好		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</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		
马小朋友不幸得恶性肿瘤神经母细胞瘤四期高危。化疗、免疫、移植、放疗等费用实在太高太高，导致家庭负债累累，入不敷出，生活越来越困难，求求好心单位的帮助，万分感谢 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2025 年 8 月 24 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:				神经母细胞瘤 估计治疗费用一百万元。			
	医师签名:				2025 年 8 月 26 日			
	医院意见（盖章）:							
建议给予医疗救助金 ¥ <u>3 万</u> 元（大写: <u>3 万 一 仟 一 佰 一 拾 元 一 角 一 分</u> ）								
负责人签名: 林伟吟				2025 年 9 月 11 日				
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>25,000.00</u> 元（大写: <u>贰 万 伍 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分</u>） 负责人签名: 2025 年 9 月 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

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 马	性别: 女	年龄: 6岁8月
病种: 难治性癫痫	治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院	病区: 3区

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为马 的治疗费用。

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: 林佑福

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2025年 9月17日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:马 性别:女 年龄:6岁6月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:马	住院号	出生地:四川省成都市郫都区
性别:女	年龄:6岁6月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间:2025-07-09 15:37		出院日期:2025-07-30 10:12
临床诊断:1.为肿瘤化学治疗疗程; 2.恶性肿瘤(神经母细胞瘤(uFH型)、M期高危、MYCN未扩增,1q36无缺失,11q缺失); 3.化疗后骨髓抑制(白细胞减少(IV°),血小板减少(IV°),血红蛋白减少(IV°)); 4.粒细胞缺乏伴发热; 5.导管相关性感染(山羊葡萄球菌); 6.肝功能不全(I°); 7.电解质紊乱(低钾血症(I°)、低钙血症(II°)); 8.腹泻III°;		
治疗意见:详见出院小结。		
记录日期:2025-07-30 09:29	医生 黎阳 儿科六区(血液/肿瘤)	

尊敬的领导

您好！兹证明我辖区居民申请人姓名张 性别女，身份证号 因女儿名字：马 身份证号： 不幸得恶性肿瘤神经母细胞晚期，导致家庭负债累累，入不敷出，生活面临实际困难，特申请有关单位的帮助，予以考虑和批准

此致敬礼

证明单位(盖章):

联系电话:

2025年8月23日



