

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: 2025529

申请日期: 2025年 9月 25日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	朱		女	2024年5月			广东省肇庆市封开县
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	神经母细胞瘤		广州市妇女儿童医疗中心(增城院区)	2024年7月	50万		
病童家庭情况	父亲		年龄	健康情况	联系电话		
	母亲		年龄	健康情况	联系电话		
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40%		☐ 城镇居民 0%		☐ 商业保险 0%	
是否残疾		☐ 是 ☒ 否		残疾类型和级别:			
1、抚养18岁以下儿童 3 名;		2、家庭年收入(不含政府补贴) 10000 元					
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:					
☒ 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					
申请人陈 (孩子母亲), 现为一岁4个月女儿朱 申请大病救助。孩子于2024年7月确诊神经母细胞瘤。截至目前, 已在广州市妇女儿童医疗中心(增城院区)化疗了4次, 为了给孩子治病, 我们不仅花光了多年攒下的积蓄, 还向亲朋借了个遍。孩子还那么小, 我们实在不忍心看着她因没钱而耽误治疗, 恳请能得到大病救助, 帮孩子渡过难关。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025 年 9 月 25 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 转移性神经母细胞瘤 化疗, 化疗6个周期+根治性手术+术后化疗+放疗+巩固化疗 费用: 预计30万以上 医师签名: 李三明 2025 年 9 月 25 日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥15000 元(大写: 壹万伍仟元整) 负责人签名: 何靖安 2025 年 9 月 30 日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元(大写: 贰万伍仟元整) (大写: 贰万伍仟元整) 负责人签名: 何靖安 2025 年 10 月 秘书处						



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: 朱 [redacted] 性别: 女 年龄: 1岁4个月
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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为朱 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2015年10月14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：朱 性别：女 年龄：1岁3月科别：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. 化疗后骨髓抑制

医嘱及建议：

患儿2025-09-10至今期间于我院增-肿瘤外科1组住院治疗，特此证明！

医师签名：杨天佑/谭天宝/常嘉明/

日期：2025/9/26 12:25:41

常嘉明

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。



杨天佑

家庭情况说明

兹有患儿朱[REDACTED]患腹膜后恶性肿瘤（转移性神经母细胞瘤）疾病，性别女，年龄一岁3个月[REDACTED]是广东省肇庆市封开县河儿口镇双槐村居民委员会[REDACTED]居民（父亲：朱[REDACTED]女儿。因治疗费用高昂，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：朱[REDACTED]

患儿母亲：陈[REDACTED]

情况属实

特此证明

河儿口镇双槐居民委员会

2025年09月01日



