

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: 2025532

申请日期: 2025 年 9 月 8 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		女	2020.07.29			江西省宜春市奉新县	
	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		孙逸仙纪念医院	2023.11.23	50万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40%		☐ 城镇居民 %		☐ 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 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 25 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车 4、家庭困难类型:		
	父亲	王	33	良好		☐ 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		
	母亲	陈	29	良好				
申请救助理由 (请详细描述): 患儿王 于 2023 年 11 月 23 日在江西省儿童医院不幸确诊神经母细胞瘤, 后经朋友介绍转至山东省肿瘤医院治疗。后因病情未能得到有效控制, 一直处于进展阶段, 现又转入广州市孙逸仙纪念医院治疗, 确诊治疗至今已快两年, 因来自普通农村家庭, 治病已负债 30 余万, 现寻求贵机构帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2025 年 9 月 8 日								
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 神经母细胞瘤 (50万) 化疗、放疗、手术。							
	医师签名: 王 2025 年 9 月 8 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3 万元 (大写: 3 万 一 千 一 百 一 拾 元 一 角 一 分) 负责人签名: 林伟明 2025 年 9 月 9 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁 万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) (备注: 基金接收人: 袁计划病童救助办) 负责人签名: 袁计划 2025 年 10 月 13 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

(普及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 王 性别: 女 年龄: 5岁

病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 孙逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2015年10月14日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:王 性别:女 年龄:5岁 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:王	住院号	出生地:江西省宜春市奉新县
性别:女	年龄:5岁	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间:2025-07-31 15:47		出院日期:2025-08-26 10:00
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,难治性,左侧额骨、枕骨、颞骨附件、第3肋、坐骨及颈6椎体多发骨转移); 3.化疗后骨髓抑制;(1)贫血III°;(2)血小板减少IV°;(3)粒细胞缺乏; 4.粒缺伴发热; 5.血流感染; 6.肝功能不全I°; 7.胃肠功能紊乱;		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期:2025-08-26 10:01		医生:王文霞 儿科六区(血液/肿瘤)



批准机关：赤田镇人民政府（印）

编号：_____

发证日期：2024.3.5

户主姓名	王	性别	女	出生年月	2020.7
保障人口	1	户月保障金额		保障类别	☐ 常补 ☒ 非常补
身份证号码				户籍类别	☐ 农业 ☐ 非农业
户籍所在地	赤田街道(乡镇)			社区(村)	

纳入保障的家庭成员情况

姓名	与户主关系	性别	年龄	身体状况
王	本人	女	4	患病

