

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: 2025534

申请日期: 2025 年 10 月 9 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周		男	2013.9.26			广东省广州市	
	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
	尿毒症		中山大学附属第一医院	2025.7.9	30万			☐ 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 %	☐ 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	周	47	良好				
	母亲	邓	44	一般				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</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>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</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): 本人周 孩子周 三个月前查出尿毒症晚期,现在在中山一院做肾移植手术,因本人家庭条件困难,家里还有两个孩子上学,还有儿子周 做完手术需要照顾,他妈妈身体不好,周 现在有个低保,每月有三百块钱左右,这次来医院做手术的费用,都是给亲戚兄弟姐妹借的,银行贷款,因本人家庭条件实在困难,孩子手术以后,后期还要很多费用,特向医院申请基金救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 周 2025 年 10 月 9 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患者因慢性肾功能不全(尿毒症期),需行肾移植手术,费用约30万~50万。术后需终身服用抗排斥药物,治疗费用高。 医师签名: 余 2025 年 10 月 9 日							
	医院意见(盖章): 情况属实,请予以救助。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 零 仟 元 正) 负责人签名: 黄 2025 年 10 月 10 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万 零 仟 元 正) 负责人签名: 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

病童姓名:	周	性别:	男	年龄:	12
病种:	尿毒症	治疗医院:	中山大学附属第一医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元（大写：人民币贰万元整），将作为周 的治疗费用。

受助人（监护人）: 周

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

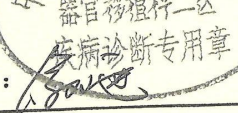
电 话:

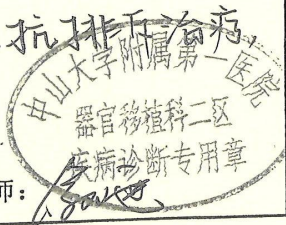
经办人: 林伟韵

电 话: 18924052214

日 期: 2025年10月14日

疾病证明书

姓名	周	性别	男	年龄	12岁	籍贯	贵州省	职务	无
住址	贵州省纳雍县羊场乡					住院号			
入院日期	2025年09月26日					出院日期	20 年 月 日		
诊断: 慢性肾功能不全(尿毒症期)									
住院经过: 患者因“慢性肾功能不全(尿毒症期)”于2025年09月27日在我院行同种异体肾移植手术, 术后规律抗排斥治疗, 恢复良好。									
出院意见: 嘱患者继续长期规律口服抗排斥药物, 抗排斥治疗, 且到肾移植门诊定期复诊, 定期复查。									
						医师: 			



证 明

兹有贵州省纳雍县羊场乡凹梳村 村民周 之子周
男，汉族，身份证号 是我村低保户，情况属
实。

特此证明



