

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: 2025557

申请日期: 2025年 10月20日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	李	男	2016.09		广东省清远市佛冈县		
	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
	1.生殖细胞肿瘤 2.化疗后骨髓移植	中山大学附属第一医院	2025.09	40万			☐ 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 <u>50</u> %	☐ 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>2</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>49000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</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
	父亲 李	52	良好		
	母亲 黄	48	良好		

申请救助理由（请详细描述）	患儿李 9岁, 2025年9月确诊生殖细胞肿瘤, 在广州市中山大学附属一院治疗。目前在医院和外购药品花费8万左右。后续还需化疗和放疗, 需承担高昂的费用。目前手术和化疗已花费巨大费用, 家庭经济陷入困境, 家中还需抚养两个小孩和3位老年人, 实在无奈, 特向基金会求助, 希望你们可以帮助我们这个困难的小家, 度过难关, 非常感谢你们。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2025年 10 月 20 日
---------------	---

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:	生殖细胞肿瘤（非生殖细胞性生殖细胞肿瘤, 局限期）, 预计治疗费用 20万。
	医师签名:	2025 年 10 月 20 日
	医院意见（盖章）:	情况属实, 请予救助为盼。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 元 正） 负责人签名: 黄 2025 年 10 月 20 日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 15,000.00 元（大写: 壹万伍仟零 拾 元 正）
 负责人签名: 2025 年 10 月 27 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:	李	性别:	男	年龄:	9岁
病种:	生殖细胞肿瘤 (含HCG)				
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 15,000 元 (大写: 人民币 壹万伍仟元), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2023年10月18日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名: 李

科别: 儿科二科

床号

住院号

出院患者疾病证明书

姓名: 李 性别: 男 年龄: 9岁 出院科别: 儿科二科 住院号

入院日期: 2025年09月15日 出院日期: 2025年09月25日

出院诊断: 1. 生殖细胞肿瘤(非生殖细胞瘤生殖细胞肿瘤、局限期、化疗), 2. 化疗后骨髓抑制, 3. 外周性性早熟, 4. 附睾囊肿(左侧), 5. 屈光不正(双眼), 6. 左房增大, 7. 垂体发育不良

入院情况及诊疗经过: 详见出院小结

医师: 赵致祺

2025年09月24日

证明书

兹有李 出生日期 2016 年 9 月 身份证号：

现居住于广东省佛冈县石角镇

就读于 小学，于 2025 年 9 月被诊断出

1.生殖细胞肿瘤（非生殖细胞瘤生殖细胞肿瘤、局限期、化疗），2.化疗后骨髓抑制，3.外周性早熟，化疗后需继续放疗。住院期间花费医疗费昂贵，致使家庭经济比较困难。

特此证明

城东社区居民委员会

2025 年 10 月 17 日



