

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: 2025588

申请日期: 2025年10月30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	2017.05.			广东湛江	
	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
	髓母细胞瘤(复发)		南方医科 珠江医院	2024.4.12 (复发)	20万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40-60%	☐ 城镇居民 _____%	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 无	残疾类型和级别: /
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>3万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</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	39	良好				
	母亲	黄	39	良好				
申请救助理由(请详细描述)	由于小儿李 去年突发重大疾病,治疗一年多已花费约40-50万,家中积蓄已花光,还欠债累累。现不料复发,紧急二次开颅手术,后期还需要长期月治疗,预期所需费用堪比天文数字。自确诊后,因要整日照顾患儿早已处于失业状态,父亲收入不稳定因常常奔走医院只能做临时工维持日常生计。家中尚有体弱多病的老人要赡养,爷爷患高血压需常年吃药控制,奶奶患有胃病、尿酸高、腰腿疼痛,股骨头等慢性病。此外还有13岁哥哥要抚养。庞大的开支使家庭陷入困境。无助之际恳求贵基金给予救助。本人保证上述情况完全真实。 跪谢!感恩! 申请人签名: 李 2025年10月30日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 恶性诊断为髓母细胞瘤(复发), 需规律化疗及放疗。治疗费用需20万元 医师签名: 赖列强 2025年10月31日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 委员会 2025年11月3日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万零仟零佰零拾零元零角零分) (普及得呼吸 负责人签名: 杨 2025年11月15日 基金会计划病童救助工作)							



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 [模糊] 性别: 男 年龄: 8岁5月
病种: 骨髓瘤 治疗医院: 珠江医院

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), 将作为李 [模糊] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡 [模糊]

电 话 [模糊]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [模糊]

电 话: [模糊]

经办人: 林 [模糊]

电 话: 18924052214

日 期: 2025年11月11日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：李

科室：小儿血液科病区

床号

ID号

住院号

科别：小儿血液科病区

入院日期：2025年10月26日

出院日期：

检查结果：

诊断意见：

1. 髓母细胞瘤化学治疗；2. 小脑蚓部髓母细胞瘤（经典型，复发，TP53突变，WNT型）；3. 化疗后骨髓抑制；4. 脑肿瘤切除史

处理意见：住院治疗。

医生签名：赖肖蓉

日期：2025年10月31日

签发单位：（盖章）



湛江市麻章区湖光镇鹿渚村民委员会

证 明

兹有湛江市麻章区湖光镇鹿渚村委会村民李 男，
身份证 儿子李 男，
患有小脑蚓部髓母细胞瘤，在南方医科大学珠江医院治疗。

李 在外务工，妻子在家务农，家庭月收入 2900 元，
加上儿子住院医疗费用巨大，现家庭经济陷入困难，望社会
各界基于支持和帮助！

特此证明！

湖光镇鹿渚村委会

2025 年 9 月 16 日

李

湖光镇政府

2025 年 9 月 16 日

