

## 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: 2025589

申请日期: 2025年10月29日

|                |              |                                                                                                                                                |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |       |                                                                                |
|----------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料           | 姓名           |                                                                                                                                                | 性别                              | 出生年月                            | 身份证号码                           |                                                                                                                                                                              | 户籍所在地 |                                                                                |
|                | [模糊]         |                                                                                                                                                | 男                               | 2023.4.2                        | [模糊]                            |                                                                                                                                                                              | 广西    |                                                                                |
|                | 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(感染)   |                                                                                                                                                | 广州妇儿儿童医院                        | 2025.6.23                       | 100万                            | [模糊]                                                                                                                                                                         | /     | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: / |
| 购买保险情况及报销比例    |              | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 45 %                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input type="checkbox"/> 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;                                                                                                                                                             |       |                                                                                |
|                | 父亲           | [模糊]                                                                                                                                           | 35                              | 健康                              | [模糊]                            | 2、家庭年收入(不含政府补贴) 50000 元                                                                                                                                                      |       |                                                                                |
|                | 母亲           | 陈                                                                                                                                              | 36                              | 健康                              | [模糊]                            | 3、固定资产: 套房子; 辆摩托车; 辆小车                                                                                                                                                       |       |                                                                                |
|                |              |                                                                                                                                                |                                 |                                 |                                 | 4、家庭困难类型:<br><input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 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)  |              | <p>因小孩突然患神经母细胞瘤,治疗费用山大家庭生活困难,孩子化完第5病之后,不幸被感染,住进PICU已经半个多月了,没好,因家庭困难,无法承担,现向基金会申请医疗补助金。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: [模糊] 2025年10月29日</p> |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |       |                                                                                |
| 医院填写           | 疾病诊断及治疗(费用): |                                                                                                                                                | 四期高危神经母细胞瘤,化疗,手术,放疗,免疫,预估100万费用 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |       |                                                                                |
|                | 医师签名:        |                                                                                                                                                | [模糊] 2025年10月30日                |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |       |                                                                                |
|                | 医院意见(盖章):    |                                                                                                                                                | [模糊]                            |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |       |                                                                                |
| 建议给予医疗救助金      |              | ¥25000 元 (大写: 贰万伍仟元 拾 元 角 分)                                                                                                                   |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |       |                                                                                |
| 负责人签名:         |              | 何靖雯 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: 贰万零仟零佰元 拾 元 角 分)                                                                                                             |                                 |                                 |                                 |                                                                                                                                                                              |       |                                                                                |
| 负责人签名:         |              | [模糊] 2025年11月04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: 彭 性别: 男 年龄: 2岁7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 20,000 元 (大写: 人民币 贰万元整), 将作为彭 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林伟强

电 话: 18924052214

日 期: 2025年11月11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：彭 性别：男 年龄：2岁6月科别：增-PICU2组

床号 住院号

诊断：1. 脓毒血症 2. 休克 3. 肠炎 4. 腺病毒感染 5. 化疗后骨髓抑制 6. 转移性神经节神经母细胞瘤 7. 为肿瘤化学  
治疗疗程 8. 真菌败血症 9. 重症肺炎 10. 呼吸衰竭

### 医嘱及建议：

患儿2025.10.10至今在我院住院治疗。

医师签名：方家丽/方家丽

日期：2025-10-28 16:07:44



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。

# 证明

兹有我村贺一组村民(彭 )；身份证号码； 父亲(彭 )身份证号码； 母亲(陈 )身份证号码；  
住址:北流市大伦镇冲表村 其  
家庭人口 6 人;爷爷、奶奶、弱劳动力，无稳定收入。父亲均无固定收入，母亲需要照顾家庭孩子没收入，姐姐彭 在东莞在校就读小学，其本人于 2025 年 6 月被诊断出患有神经母细胞瘤，医疗费用高昂，正在化第 5 个疗程时，不幸被感染了，从 10 月 10 日进 PICU 正在治疗中，家庭经济有限，生活困难，希望贵单位给予办理相关资助手续为盼。情况属实。

特此证明



北流市大伦镇冲表村委会

2025 年 10 月 30 日

