

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: 2025593

申请日期: 2025 年 10 月 13 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	2020年1月30日			广东省英德市	
	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
	神经母细胞瘤		中山大学孙逸仙纪念医院	2025年9月4日	100万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 30%	☐ 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 3 名;		
	父亲	李	40	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元		
	母亲	谢	36	良好		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 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)		患儿李, 4岁, 家住英德市黎溪镇, 2025年9月4日不舒服高烧腹痛, 右侧大腿疼痛, 来到中山大学孙逸仙纪念医院检查求医, 当天入院, 经多项目辅助检查检查结果, 于2025年9月4日, 右肾诊神经母细胞瘤, 伴多处转移, 医院马上出治疗方案, 先化疗, 再手术, 后放疗, 费用高达100多万, 患儿年幼, 需要父母的日常照顾, 母亲做饭, 父亲在医院照顾患儿, 无法工作, 家里有两位老人六十岁长期吃药照顾家里两位年幼孩子, 没有经济来源, 家境十分困难, 现向广东公益恤孤助学促进会申请救助, 望批准! 谢谢! 本人保证上述情况完全真实。广东公益恤孤助学促进会 申请救助, 望批准! 谢谢! 申请人签名: 李 2025年10月13日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用)							
	诊断神经母细胞瘤, 予以化疗, 拟需30-40万元。							
	医师签名: 郑 2025年10月21日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁 万 仟 零 拾 元 角 分) 医院负责人签名: 杨 2025年11月6日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰 万 伍 仟 零 拾 元 零 角 分) (普及呼吸急救计划病童救助) 负责人签名: 陈 2025年11月10日 秘书处								



廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 李	性别: 男	年龄: 4岁
病种: 恶性肿瘤神经细胞瘤 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 谢

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2025年11月12日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:李 性别:男 年龄:4岁9月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:李

住院号

出生地:广东省清远市英德市

性别:男

年龄:4岁9月

科室:儿科六区(血液/肿瘤)

入院时间:2025-09-04 14:57

出院日期:2025-09-09 13:11

临床诊断:神经母细胞瘤(4/M期)

治疗意见:

住院治疗

记录日期:2025-09-09 15:58

医生:



证 明

兹证明：我村严鱼坑村民小组村民李[]男，身份证号码：[]现就读于黎溪镇[]幼儿园。李[]于 2025 年 8 月在中山大学孙逸仙医院确诊神经性肿瘤，现需进行化疗治疗，预计所需治疗费用庞大。家庭人口 7 人，爷爷李[]奶奶谢[]在家照顾家庭且无收入来源；父亲李[]母亲谢[]在家中务农，收入微薄；姐姐李[]哥哥李[]就读于黎溪镇[]小学。家庭经济困难，难以支付李[]的治疗费用。

特此证明

英德市黎溪镇松柏村民委员会

2025 年 9 月 22 日



