

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: 2025599

申请日期: 2025年10月24日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	梁		男	2025.6.15			广西博白县	
	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
	慢性肾上腺瘤 肺炎、卡介苗		广州市妇女儿童医疗中心	2025.8.11	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 54.4%	☐ 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	梁	27	健康				
	母亲	黄	28	健康				
					1、抚养18岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 80000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 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): 孩子出生后第28天因发现在贵港市妇幼保健院住院:查出是肺炎但是没有找到病因住院6天病情好转但是反复复发发病病情得到控制转院至广西博白县妇幼保健院住院:NICU治疗了一个月(7.18-8.18)抽血化验结果及腰穿检查结果均是细菌性感染引起的肺炎。8.4日经博白县妇幼保健院取病原学检测有耶尔森菌肺炎杆菌感染。8.11出院早是诊断是慢性肾上腺瘤。唯一根治的办法就是进行肾上腺切除手术才能根治: 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2025年 10 月 24 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 慢性肾上腺瘤. 腹腔镜下切除. 约30~40万 医师签名: 梁 2025年 10 月 29 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元(大写: 贰万 仟 零 百 拾 元 角 分) 负责人签名: 叶靖雯 2025年 11 月 3 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥10,000.00 元(大写: 壹万 零 仟 零 百 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 叶靖雯 2025年 11 月 10 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: 宾 性别: 男 年龄: 4个月
病种: 慢性肉芽肿病 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 10,000 元 (大写: 人民币 壹万元整), 将作为宾 的治疗费用。

受助人 (监护人): 宾

电 话: 189 2405 2214

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: 189 2405 2214

经办人: 林竹韵

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2025 年 11 月 12 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：宾 性别：男 年龄：2月 科别：增-免疫与风湿科1 床号 住院号

诊断：1. 慢性肉芽肿病 2. 真菌感染 3. 卡介苗\ (BCG疫苗\)的有害效应 4. 蚕豆病

医嘱及建议：患儿2025-08-19到2025-09-01日在我院增-风湿免疫科治疗。

医师签名：钟定军

日期：2025年09月01日 15:19:38

- 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

兹证明，宾 [REDACTED] 男，身份证号 [REDACTED]
户籍所在地:广西博白县永安镇平和村 [REDACTED] (户主:宾
[REDACTED] 男，身份证号 [REDACTED] 该户是我村 2017
年脱贫户。

特此证明

平和村村民委员会

2025 年 10 月 22 日



