

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: 2025605

申请日期: 2025 年 10 月 28 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		女	2019.4.18.			江西省南昌市新建区	
	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、颅内出血		广州妇儿儿童医院(增)	2023.6.1	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 60 %	☐ 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 4 名;		
	父亲	陈	38	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 4万 元		
	母亲	熊	36	健康		3、固定资产: 1 套房子; 没有 辆摩托车; 没有 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): 因女儿陈 患有神经母细胞瘤,每月都需要从江西到广东治疗。现共治疗费用在100万。家庭收入全靠丈夫打零工照顾全家。其妻为独生子女,最大的16岁。这是我最小的女儿,今年6岁3个月。因小孩颅内出血ICU 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 熊 2025 年 10 月 28 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1. 神经母细胞瘤(复发) 2. 化疗后骨髓抑制 3. 颅内出血 4. 全身炎症反应综合征 5. 恶性肿瘤免疫治疗 6. 为肿瘤化疗治疗程 治疗: 手术化疗,气管插管呼吸机辅助通气,改善血运,成分输血,止血,脱水降颅压,抗感染,保护脏器,急 医院意见(盖章): 医师签名: 党利 徐静 2025 年 10 月 29 日 本次住院预估费用10万							
	建议给予医疗救助金 ¥15000 元(大写: 壹万伍仟元 拾 元 角 分) 负责人签名: 王靖雯 2025 年 11 月 3 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元(大写: 贰万伍仟零佰零拾零元 零角 零分) 负责人签名: 周其明 2025 年 11 月 17 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: 陸	性别: 女	年龄: 6
病种: 神经细胞瘤	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心增城区	

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

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

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2015年 11月 18 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：陈 性别：女 年龄：6岁 科别：增-PICU1组 床号 住院号

诊断：1. 转移性神经节神经母细胞瘤（复发） 2. 化疗后骨髓抑制 3. 颅内出血 4. 全身炎症反应综合征 5. 恶性肿瘤免疫治疗 6. 为肿瘤化学治疗疗程

医嘱及建议：患儿于2025. 10. 11至今在我院增城院区PICU住院治疗。

党润
医师签名：党润/徐静静
日期：2025. 10. 29



- 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。

[illegible]

