

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: 2025614

申请日期: 2025 年 11 月 7 日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	邓		女	2025.10.16	431126202510160086	湖南	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	早产肺部感染 发育不良		广东省第二人民医院	2025.10.16	30万		
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 65 %	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 无	是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 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；	
	父亲	邓	37	一般		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>60000</u> 元	
	母亲	肖	35	一般		3、固定资产： <u>无</u> 套房子； <u>无</u> 辆摩托车； <u>1</u> 辆小汽车 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）： 男方父母早逝，女方父亲有糖尿病，需长期服药控制病情，母亲于今年6月突发高烧昏迷，经检查确诊为脑梗死。本后查出感染弥漫大B细胞淋巴瘤，虽通过国家政策申请为低保边缘户，但现在每月高额化疗费用与医药开支，仍让家庭不堪重负，如今两个早产女儿的肺部发育不良，要在医院治疗二、三个月要二、三十万的医疗费用无法负担。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名： 2025年 10 月 7 日							
医 院 填 写	疾病诊断及治疗（费用）： 早产诊断为：早产、极低出生体重儿先天性呼吸窘迫综合征、新生儿RDS、新生儿休克、新生儿呼吸衰竭、新生儿肺动脉高压（重症）。 目前费用：11323元，动手术等费用，费用昂贵，需继续治疗，新生儿高胆红素血症。 医师签名： 2025年 11 月 11 日						
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥20000 元（大写：贰万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名： 2025年 11 月 11 日						
	广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥15,000.00 元（大写：壹万伍仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名： 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: 邓 性别: 女 年龄: 28+3周
病种: 早产肺部发育不良 治疗医院: 广东第二人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元), 将作为邓 的治疗费用。

受助人 (监护人): 肖

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林传勤

电 话: 18924952219

日 期: 2025年11月19日

广东省第二人民医院

诊断证明书

证字第

姓名	刘	性别	女	年龄	D0	科别	新生儿病区	住院号	
----	---	----	---	----	----	----	-------	-----	--

病史及简要诊疗工作：

患者因“出生胎龄28+3周，生后呼吸急促60分钟。”于2025-10-16在我院住院治疗。

诊断意见：

1. 早产儿(孕期等于或大于28整周,但小于32整周) 2. 极低出生体重儿(1000-1249g) 3. 新生儿呼吸窘迫综合征 4. 新生儿败血症 5. 新生儿休克 6. 新生儿呼吸衰竭 7. 新生儿肺动脉高压(重度) 8. 动脉导管未闭 9. 中央型房间隔缺损(卵圆孔型) 10. 新生儿贫血 11. 新生儿高胆红素血症

处理意见：

患儿因上述疾病在我院住院治疗，特此证明！

广东省第二人民医院

医师： 

2025年 11月 05日

证明

兹证明 肖 为 宁远 县 高桐村 居民，身份证号

为 ，家中共 5 口人，人员组成为 父亲肖永光，

家庭主要收入来源为 丈夫打零工、摆地摊，

现因家庭成员 及肖 患 早产、肺动脉炎 病导致家庭经

济困难，不能承担医疗费用。

特此证明



村委会（居委会）盖章：

经办人签字：

联系电话：

2025 年 10 月 30 日

