

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: 2025626

申请日期: 2025年10月12日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈	男	2022.10.4			山西省临汾市襄汾县	
	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
	神经母细胞瘤	中山大学孙逸仙纪念医院	2024.12.30	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 _____%	☒ 城镇居民 65%	☐ 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 1 名;		
	父亲 陈	32	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 6万 元		
	母亲 陈	34	良好		3、固定资产: 0 套房子; 0 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)	尊敬的促进会领导: 您好!我是患者陈的父亲陈。我的孩子刚满3岁,于2024年12月30日在山西省儿童医院确诊神经母细胞瘤。为了给孩子看病,我们已辗转来到中山大学孙逸仙纪念医院进行治疗。医生告知,右腹肿块化疗、放疗、手术是因移植、免疫治疗等方案。初步预估总费用超100万,对于我们这样的普通家庭,实在无力承担。为筹集医药费,我们已出售房产,并向亲友举债,但缺口还是很大。所以恳请贵单位可以援助,帮助我的孩子! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025年10月12日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 恶性肿瘤神经母细胞瘤 预计后续治疗费用100万元 医师签名: 胡喻 2025年11月6日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 仟 佰 拾 元 零 分) 负责人签名: 林伟明 2025年11月12日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁 万 零 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 邓锦峰 2025年11月12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: 陈 性别: 男 年龄: 3岁
病种: 神经母细胞瘤 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 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为陈 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: 林信磊

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2025 年 11 月 25 日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:陈 性别:男 年龄:2岁11月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:陈	住院号	出生地: 山西省临汾市霍州市
性别:男	年龄:2岁11月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间: 2025-09-26 09:50		出院日期: 2025-10-20 13:21
临床诊断: 1.为肿瘤化学治疗疗程; 2.恶性肿瘤神经母细胞瘤(高危4/M期, MYCN扩增(-), 1p(-), 3p(-), 11q(-), 17q(+), BRIP1基因突变); 3.粒细胞缺乏伴发热; 4.化疗后骨髓抑制; (1)粒细胞缺乏IV°; (2)贫血III°; (3)血小板减少IV°; 5.转氨酶升高IV°;		
治疗意见: 1. (美能)复方甘草酸苷片, 每次量:1片, 口服, 每天3次, 总量:30片; 2. (瑞甘)门冬氨酸鸟氨酸颗粒, 每次量:1.5g, 冲服, 每天3次, 总量:30袋; 3. 维生素B2片, 每次量:5mg, 口服, 每天3次, 总量:100片;		
记录日期: 2025-10-20 14:24		医生: 

城乡居民最低生活保障证



霍州市民政局制

扫描全能王 创建

证件编号				所属区域	城镇区域
户主姓名	陈	性别	男	保障人数	2
户主身份证号码					
领取处	霍州市农村信用合作社	家庭住址	幸福社区		
保障人员	陈 陈				
享受金额	1170 元/户/月				
发证机关(印) 霍州市民政局 2023年12月1日					

扫描全能王 创建

