

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: 2025643

申请日期: 2025年11月11日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	梁		女	2024.02.20			广东省肇庆市	
	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
	松果体母细胞瘤 (恶性肿瘤)		广州市妇女儿童医疗中心	2025.5.19	500		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>63480</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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		
	父亲	梁	30	健康				
	母亲	邓	27	健康				
申请救助理由(请详细描述)		因女儿梁 在广州市妇女儿童医院查出患有松果体母细胞瘤(恶性肿瘤),前期做了三次手术,共花费了十万元左右,现治疗每月至少一万多不等的开支,家庭就靠我有收入,在封开县上班,每月收入大概有 支出和收入不平衡,导致贫困。						
本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2025年 11 月 11 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 松果体母细胞瘤 预估费用50万。							
	医师签名: 邓 2025年 11 月 17 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 <u>贰</u> 元(大写: <u>2</u> 万 <u>0</u> 仟 <u>0</u> 佰 <u>0</u> 拾 <u>0</u> 元 <u>0</u> 角 <u>0</u> 分) 负责人签名: 王 2025年 11 月 18 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>25,000.00</u> 元(大写: <u>贰</u> 万 <u>伍</u> 仟 <u>零</u> 佰 <u>零</u> 拾 <u>零</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: 杨 2025年 12 月 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

病童姓名:	梁	性别:	女	年龄:	1岁9月
病种:	松果体母细胞瘤	治疗医院:	广州医科大学附属妇女儿童医疗中心		

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

受助人（监护人）: 梁

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: —

电 话: —

经办人:

林

电 话: 18924052214

日 期: 2025年 12月3 日

广州市妇女儿童医疗中心（儿）

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: 梁 性别: 女 年龄: 1岁2月 科别: 儿-神经外科1组 床号 住院号

诊断: 1. 颅内占位性病变 2. 松果体恶性肿瘤(松果体母细胞瘤) 3. 梗阻性脑积水

医嘱及建议:

患儿因“1. 颅内占位性病变 2. 松果体恶性肿瘤(松果体母细胞瘤) 3. 梗阻性脑积水”于2025-05-20至今在我院住院治疗, 特此证明。

医师签名: 许新科/袁宏耀

日期: 2025-06-09 10:33:14

许新科

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。



家庭情况说明

兹有患儿梁，患松果体瘤(恶性肿瘤)疾病，性别女，年龄1.8岁，是广东省(区、市)肇庆市(州)封开县(区)金装乡镇(街道)万洞村民小组(居委会)，(父亲：梁，母亲：邓村民(居民)的儿子/女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：梁 身份证号：

患儿母亲：邓 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：



2025年11月10日

