

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: 2025695

申请日期: 2025 年 11 月 30 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	苏	女	2024.12.17			江门市	
	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
	神经母细胞瘤 暨南大学附属儿童医院 中心	广州华阳 暨南大学附属 儿童医院	2025.4.23	100万		/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 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 40 %	□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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元; 3、固定资产: 1 套房子; / 辆摩托车; / 辆小车; 4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲	39	良区				
	母亲	38	良区				
申请救助理由 (请详细描述)	治疗时间非常长，医疗费用很昂贵，治疗费用大概一百万元，是晚期 小孩子不幸患上神经母细胞瘤，费用庞大，基因检测、活检、骨穿、手术治疗 PETCT、MFBG、化疗已经 15 万多，实在没有办法承担。						
本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邓 2025 年 11 月 30 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 转移性神经节神经母细胞瘤 治疗: 手术 6 次高危化放 + 手术 + 术后化疗 + 联合免疫治疗 + 放疗 + 口服 DFMO. 费用: 60 万 医师签名: 周某明 2025 年 12 月 03 日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元(大写: 贰 万 贰 百 拾 零 角 零 分) 负责人签名: 周某明 2025 年 12 月 05 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥20,000.00 元(大写: 贰 万 零 仟 零 百 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 周某明 2025 年 12 月 22 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: 苏 性别: 女 年龄: 1

病种: 神经母细胞肿瘤 治疗医院: 广州市增城妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为苏 的治疗费用。

受助人(监护人): 邓

电 话:

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 邓

电 话: 18924052214

日 期: 2023年12月23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: 苏 性别:女 年龄:10月 科别: 增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊 断: 1. 腹膜后腔恶性肿瘤(神经母细胞瘤) 2. 重度营养不良伴消瘦 3. 肝肿瘤(神经母细胞瘤转移) 4. 为肿瘤化学治疗疗程 5. 窦性心动过速 6. 先天性心脏畸形(卵圆孔未闭)

医嘱及建议: 患儿2025-10-28至2025-11-04在我院增城院区肿瘤外科治疗。

医师签名: 杨云 / 谭天宝 / 叶梓杰 / 黄伟镇 /

日期: 2025年11月04日 12:30:33

- 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

兹有广东省江门市新会区双水镇小冈梅冈管理区村民患儿劳 身份证： 患腹膜后恶性肿瘤（转移性神经母细胞瘤，高危组） 疾病，性别女，年龄十一个月。因治疗费用高昂，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 苏

患儿母亲 邓

情况属实

特此证明

广东省江门市新会区双水镇梅冈村民委员会
2025年11月30日

