

广东公益恤孤助学促进会重病症童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2025719

申请日期: 2025 年 12 月 15 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	谭	男	2017.2.19			广东茂名
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	术后吻合口漏 术后小肠梗	湘雅大学附属第一医院 附属第一医院	2025.9.24	40万		
购买保险情况及报销比例	<input type="checkbox"/> 新农合 _____ %	<input type="checkbox"/> 城镇居民 _____ %	<input type="checkbox"/> 商业保险 _____ %	<input type="checkbox"/> 其他保险 _____ %	<input checked="" type="checkbox"/> 无	□是 <input type="checkbox"/> 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		
	父亲 谭	43	正常			
	母亲 蔡	42	正常			
申请救助理由(请详细描述)	<p>没钱,家庭困难,一家五口人,妈妈失业,爸爸打工,收入不稳定,小朋友确诊为手术后小肠梗,手术后吻合口漏,三年慢性腹膜炎,治疗费用昂贵,家庭经济负担重,还有负债。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 蔡 2025年12月15日</p>					
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 术后小肠梗, 术后吻合口漏, 破裂性腹膜炎, 治疗费用预计 约40万, 已垫付 40万</p> <p>医师签名: 何龙龙 2025年12月15日</p> <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ￥ 20000 元(大写: 贰万仟佰拾元角分)</p> <p>负责人签名: 何清波 2025年12月15日</p>					
	<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ￥ 20,000.00 元(大写: 贰万仟佰拾肆元角分)</p> <p>负责人签名: 陈海萍 2025年12月29日</p>					



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:	谭	性别:	男	年龄:	8岁
病种:	脑膜炎.	脑膜炎.	脑膜炎.	治疗医院:	广州妇儿中心.珠江新城院区

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), 将作为谭 的治疗费用。

受助人(监护人): 谭

电 话

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 扶贫办

电 话: 18924052219

日 期: 2025年12月30日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）
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：谭 性别：男 年龄：8岁 科别：珠-新生儿外科1组 床号 住院号

诊断：1. 肠瘘 2. 手术后肠吻合口瘘 3. 弥漫性腹膜炎 4. 手术后状态，其他特指的 5. 脓毒血症 6. 毛细血管渗漏综合征 7. 休克

医嘱及建议：患儿2025-10-10至今在我院珠-PICU、珠-新生儿外科1组住院治疗。2025-10-12行开腹探查术、肠粘连松解术、回肠部分切除术、回肠回肠吻合术、空肠造口术、肠减压、襻式回肠造口术、2025-10-16行再开腹探查术、空肠造口术、回肠造口术、腹壁补片修补术

特此为证！



- 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。

家庭经济情况说明

兹有我村委会村民 蒋 (法定监护人姓名), 身份证号 家庭住址 广东省茂名市茂南区新坡镇官渡村, 家庭人口共 5 人, 家庭年收入为 5万 元。其子 谭 (申请救助儿童姓名), 身份证号 患有1. 脓毒血症 2. 休克 3. 回肠多发穿孔 4. 腹腔粘连 5. 阑尾周围脓肿 6. 急性弥漫性腹膜炎 7. 盆腔脓肿 8. 电解质紊乱 9. 低蛋白血症 10. 中度贫血疾病, 已在 茂名市妇幼保健院和广州市妇女儿童医疗中心 两家医院接受治疗。(谭曾用名为谭 其在茂名市妇幼保健院办理入院登记时使用), 因孩子治疗费用支出, 家庭经济负担重, 基本生活出现困难, 现申请基金补助。

以上所述属实, 特此说明。

村委会所在地: 广东省茂名市茂南区新坡镇官渡村村民委员会。



2025年10月11日

