

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: 2025123

申请日期: 2025年12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	
	胡		男	2021年10月24日			广西钦州市钦南区	
	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		中山大学附属第一医院 逸仙纪念医院	2025年9月23日	50万		/	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		<input type="checkbox"/> 新农合 _____ %	城镇居民 60-65 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 _____ %	<input type="checkbox"/> 其他保险 _____ %	<input type="checkbox"/> 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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 5万 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 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	胡	43	健康				
	母亲	凌	31	健康				
申请救助理由(请详细描述)	<p>我儿胡 在即将满四岁之际,因反复发烧、肺炎入院治疗,肺炎有好转后仍是反复发烧,随后被确诊为“儿童癌症之王”的神经母细胞瘤,且已进展到四期高危。经多方了解后我与孩子外公外婆一起带着孩子到中山大学附属第一医院治疗。我们前三次化疗医保报销后就自费了35000元左右,此外还有自费外购药和检查约10000元。孩子爸爸长期缺席我们的生活,抚养与治病的重担全落在我一人肩上,外公外婆养老金微薄,只能补贴日常,我们无房产、无积蓄,面对接下来漫长的治疗,后续预估50万,我们真的很难再承担。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 胡 2025年12月12日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 神经母细胞瘤4期 预计费用: 30~50万左右 治疗: 放化疗及异基因移植、手术切除治疗</p> <p>医师签名: 胡苗苗 2025年12月12日 儿科六区(血液/肿瘤)</p> <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元(大写: 三万一千一百一拾元零角零分) 医院发展与校企合作办公室 负责人签名: 林伟峰 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 ¥ 25,000.00 元(大写: 贰万伍仟肆佰壹拾肆元零角零分)</p> <p>负责人签名: 陈幼萍 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: 胡

性别: 男

年龄: 4岁2月

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 25,000 元 (大写: 人民
币贰万伍仟元), 将作为胡 的治疗费用。

受助人(监护人): 胡

电 话

见证人(记者/志愿者/捐赠方代
表等): —

电 话: —

经办人: 李伟红

电 话: 18924952214

日 期: 2025年12月31日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:胡 性别:男 年龄:3岁10月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:胡	住院号	出生地:广东省广州市花都区
性别:男	年龄:3岁10月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间: 2025-09-23 19:45		出院日期: 2025-10-17 08:32

临床诊断: 1. 恶性肿瘤(神经母细胞瘤 4/M 期); 2. 化疗后骨髓抑制(IV 度); (1) 粒细胞缺乏; (2) 血小板减少(III 度); (3) 贫血(III 度); 3. 肺炎; 4. 低钾血症(I 度); 5. 低钙血症(II 度);

治疗意见:

- 出院用药: 复方磺胺甲噁唑片: 240mg/次, 2 次/天, 吃 3 天停 4 天; 碳酸氢钠片: 0.5g/次, 3 次/天, 吃 3 天停 4 天(同复方磺胺甲噁唑片同服)。
- 【2025-10-20】返院行下一程化疗, 等医生办公室 020-36997515 当天通知床位。

记录日期: 2025-10-17 08:32

医生:

黎阳



家庭经济情况证明

兹有我社区（村委会）居民（村民）胡（患儿监护人姓名），身份证号_____，家庭人口共5人，家庭年收入为5万元。

其子/女胡（患儿姓名），身份证号_____，患有神经母细胞瘤（疾病名称），已在中山大学附属仙林总医院医院接受治疗。因孩子治疗费用支出高，家庭经济负担重，基本生活出现困难。

以上所述属实，特此证明。

村（居）委会经办人签字：董

联系电话：

（盖章）

2025年 9月 28 日

