

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：2026004

申请日期：2021年12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	
	陈		男	2009.11.16			福建省莆田市	
	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
	肾移植、急性尿毒症		中山大学附属第一医院	2015年1月	50万			☐ 是 ☒ 否
	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	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	1、抚养18岁以下儿童 2 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 5万-6万 元 3、固定资产：无套房子；2辆摩托车；无辆小车 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	陈	38	良				
	母亲	陈	39	良				
申请救助理由（请详细描述）	孩子陈 15年患病至26年已十多年，十多年来一直进行治疗，耗资巨大，目前已进行肾移植手术，虽然手术顺利完成，但术后需要终身服用昂贵的抗排斥药和高血压药还有其它辅助药物，作为低保户，家庭收入微薄前期手术已耗尽所有积蓄并负债累累，如今面对长期、刚性的住院治疗和术后治疗费用，我们已无力承担，深知贵会致力于帮扶困境中的重症病童，特此恳请给予我现在和术后阶段的医疗救助，谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：陈 2021年12月30日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：患者因慢性肾功能不全（尿毒症期），需行肾移植手术治疗，费用约30万~50万。术后需终身服用抗排斥药物，治疗费用高。							
	医师签名： 2026年01月04日							
医院意见（盖章）：情况属实，请求救助为盼。								
建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写：叁万 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分）								
负责人签名： 2026年 1 月 4 日								
广东公益恤孤助学促进会意见：								
同意救助 ¥ 25,000.00 元（大写：贰万 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分）								
负责人签名： 2026年 1 月 5 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:	16
病种:	慢性肾功能不全 (尿毒症期)	治疗医院:	中山大学附属第一医院		

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

电 话: 18924052214

日 期: 2026年1月6日

疾病证明书

姓名	陈	性别	男	年龄	16岁	籍贯	福建莆田	职务	
住址	福建省莆田市秀屿区				住院号				
入院日期	20 25年 12月 20日				出院日期	20 年 月 日			

诊断: 慢性肾功能不全(尿毒症期)

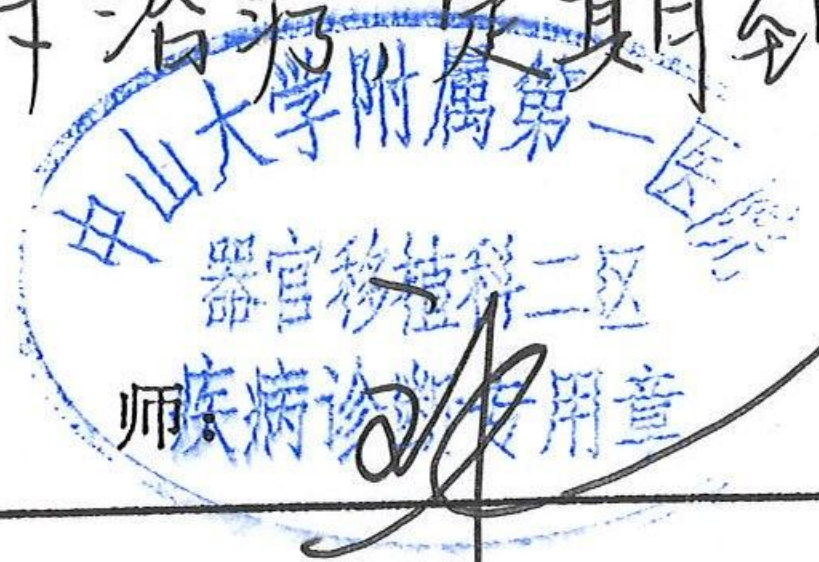
住院经过: 患者因慢性肾功能不全(尿毒症期)于2025.12.22在我院行同种异体肾移植手术, 术程顺利, 术后规律抗排斥治疗。

出院意见: 属患者出院后继续长期规律抗排斥治疗, 定期到肾移植门诊复诊复查。

医

师

疾病诊断专用章



早建骑 田 暴

低 保 证 明

编号:

兹证明秀屿区 笏石 镇 村(居),
姓名 陈 , 身份证号码 ,
截止目前,该对象确系为我区农村(城镇)最低生活保障(特
困)对象。

特此证明

莆田市秀屿区民政局
2025年12月31日



限制滴速