

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: 2026013

申请日期: 2025年11月28日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		女	2018年10月25日			湖南省	
	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
	神经母细胞瘤四期高危		广州市妇女儿童医疗中心	2021年7月	50万		/	☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 100000 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 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	吴	36	良好				
	母亲	熊	34	良好				
申请救助理由(请详细描述)	吴 21年7月确诊神经母细胞瘤四期高危, 经历7轮化疗, 1次腹部手术, 1次自体干细胞移植, 11次放疗, 7轮38免疫治疗于22年12月完结, 花费100多万元, 24年7月因左腿疼痛疾病复发, 经历8轮化疗, 1次腹部手术, 5轮38免疫治疗, 花费50多万元, 今年10月复查再次复发, 目前在广州市妇女儿童医疗中心化疗, 目前花费近200万元后续治疗费用家庭无力承担。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 熊 2025年11月28日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 神经母细胞瘤(高危组) 化疗, 手术, 放疗等综合治疗, 估计总费用至少70万元。							
	医师签名: 叶梓杰 2025年12月8日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2025年12月16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 伍仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何梓杰 2026年1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: 吳	性别: 女	年龄: 7岁
病种: 神经母细胞瘤	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(增城)	

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), 将作为吳 的治疗费用。

受助人 (监护人): 熊

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林佳韵

电 话: 18924052214

日 期: 2026年1月6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：吴 性别：女 年龄：6岁 科别：增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断：1. 转移性神经节神经母细胞瘤 2. 恶性肿瘤免疫治疗 3. 化疗后骨髓抑制 4. 轻度贫血 5. 为肿瘤化学治疗疗程 6. 血小板减少

医嘱及建议：患儿于2025-04-21至2025-05-06在我院住院治疗，特此证明。

医师签名：杨天佑/杨纪亮/郑曼娜/叶梓杰/邱毅 叶梓杰
日期：2025年05月06日 09:12:40

- 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。



贫困证明

兹有我社区(村委会)居民(村民) 吴天，身份证号 ，患有 神经母细胞瘤 疾病，已在 广州市妇女儿童医疗中心 (医院名称) 接受治疗。因孩子治疗费用支出，家庭经济负担重，基本生活出现困难，家庭除了日常开销，还要偿还因孩子治病产生的债务，经济上实在难以为继。

以上所述属实，特此说明。

村(居)委会所在地：湖南 省(区、市) 常德 市
(州) 桃源 县(市、区) 漳江 乡镇(街道)。

村(居)委会经办人签字：

(盖章) 居民委员会



2025 年 11 月 28 日

