

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: 2026026

申请日期: 2026年 01月 05日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	涂		女	2015.09.08			江西省抚州市临川区	
	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
	尿毒症器官移植		中山大学附属第一医院	2019年	25万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
	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	
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 3 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 30000 元 3、固定资产: 0 套房子; / 辆摩托车; / 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	涂	36	是				
	母亲	刘	36	是				
申请救助理由（请详细描述）	本人系患儿涂 妈妈刘 孩子现在10周岁,户籍江西省抚州市临川区,2025年12月28日在中山大学附属第一医院接受肾移植手术,目前仍住院治疗。我与孩子父亲已离婚,双方口头约定另外2个孩子由父亲抚养,涂 由我抚养。因全程陪护涂 治疗,我已辞去工作,无任何收入来源。孩子术后抗排斥治疗、并发症管理需持续投入大额费用,家中积蓄早已耗尽,且已举债20余万元。实在无力承担后续费用。本人保证上述情况完全真实。恳请促进会给予帮助,帮助孩子完成治疗,万分感谢。 申请人签名: 刘 2026年 01月 05日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 肾移植术后抗排斥治疗, 预估治疗费用为25万元。							
	医师签名: 陈国栋				2026年 01月 05日			
	医院意见（盖章）: 情况属实, 请在协助刘 2 建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写: 叁万 仟 元 零 角 0 分） 负责人签名: 蔡 2026年 1月 5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 佰 零 拾 元 零 角 0 分） 负责人签名: 杨 2026年 1月 12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：涂 性别：女 年龄：10
病种：尿毒症肾移植 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 20,000 元（大写：人民币贰万元整），将作为涂 的治疗费用。

受助人（监护人）：刘

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： /

电 话： /

经办人： 林伟的

电 话： 18920052210

日 期： 2021 年 1 月 13 日

疾病诊断证明

患者涂 女，身份证号 因“发现血肌酐升高6年余”入院，住院号 入院排除明显手术禁忌症，于2025-12-28日送手术室全麻下行同种异体肾移植术+移植肾输尿管膀胱吻合术，术程顺利，术后安返病房，术后予抗排斥、抗感染等对症支持治疗。现患者术后恢复可，继续住院治疗。

中山大学附属第一医院器官移植二区





批准机关：(盖章)

编号: _____

发证日期: 2015.9.

[illegible]

