

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: 2026032

申请日期: 2025 年 12 月 8 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	蔡	男	2025年3月30日			广西藤县塘步镇	
	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	广州妇女儿童医疗中心	2025.8.29	100万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60 %	☐ 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 1 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 2000 元 3、固定资产: 无 套房子; 1 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 蔡	29	健康		
	母亲 蔡	28	健康		

申请救助理由（请详细描述）	2025年8月29日确诊神经母细胞瘤。前期检查，化疗，骨髓抑制，现已花费10余万，后续还要手术，治疗加免疫，费用庞大，实在无能为力承担。家中还有两位老人要赡养，只有小孩爸爸一人工作，每月工资只有三四千。恳请贵方给予我们帮扶，让孩子能继续接受治疗，我们全家万分感激。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蔡 2025 年 12 月 8 日
---------------	--

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 诊断：神经母细胞瘤 治疗：术前化疗 + 手术 + 术后化疗 + DMR化疗后 + 放疗。 费用：50万 医师签名: 陈志明 2025 年 12 月 10 日
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥200000 元（大写：贰拾万 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 何靖安 2025 年 12 月 18 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 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 何靖安 2026 年 1 月 12 日	（黄淑萍收 莫志冲收 李淑玲收）
----------------	--	------------------------



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 蔡	性别: 男	年龄: 9个月
病种: 神经母细胞瘤	治疗医院: 广州市妇女儿童医院	

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), 将作为蔡 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蔡

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 林作强

电 话: 18924052214

日 期: 2016年1月13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

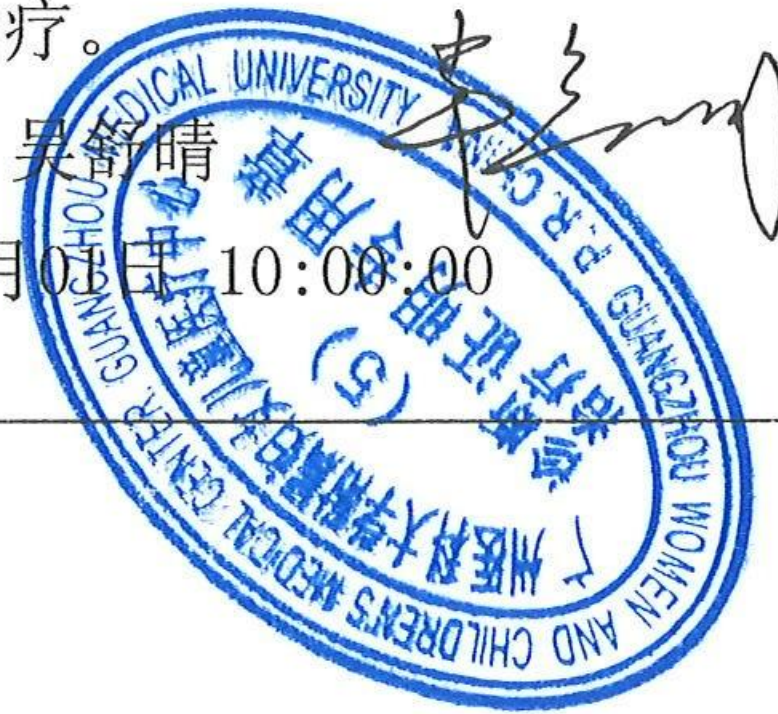
姓名: 蔡 性别:男 年龄:5月 科别: 增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊 断:1. 神经节神经母细胞瘤 2. 为肿瘤化学治疗疗程

医嘱及建议: 患儿自2025.09.23至2025.10.01在我院肿瘤外科住院治疗。

医师签名: / 吴舒晴

日 期:2025年10月01日 10:00:00



- 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。

家庭经济困难证明

兹有我社区(村委会)居民(村民) 蔡 (患者或监护人姓名), 身份证号 199011151310, 家庭人口共 3 人, 家庭年收入为 元。因本人/子女 (蔡 (患者姓名), 身份证号 199011151310 患有 神经母细胞瘤 (疾病名称), 在 广州妇女儿童 医院接受治疗。因治疗费用支出高, 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: 祝

联系电话

(盖 章)

2025年12月8日



