

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: 2026036

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	
	唐	男	2018.11.10			广东省惠州市、惠东县	
	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
	肾母细胞瘤	广州医科大学 附属妇女儿童 医院 100	2021.5	30万			☐ 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 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>4万</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>无</u> 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	唐	25	健康		
	母亲	周	25	健康		

申请救助理由（请详细描述）

本人周家中有3口人、全部务工，其子唐在2021年5月确诊肾母细胞瘤、长期接受化疗与药物治疗所花治疗费用40多万元其大部分都是从亲戚朋友中借款储备、命运弄人于2025年7月再次复发，现主要依靠丈夫鞋厂务工的4千多元微薄工资维持生计，为配合长期治疗本人不能外出务工以承担陪护职责、因筹措医疗费用负债10多万元、经济压力已远超承受能力、精神几近崩溃、但仍想抓住最后一丝生的希望

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 周 2025 年 12 月 8 日

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:	诊断: 转移性神经鞘瘤 治疗: 术前化疗 + 评估是否需再次手术 + 化疗 + 放疗复查
	预计费用: 30万	医师签名: 唐志明 2025 年 12 月 9 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 零 元 零 角 零 分）（普及呼吸、急救计划、急救知识）

负责人签名: 刘剑峰 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

(普及深呼吸共愈计划)

病童姓名:	唐	性别:	男	年龄:	7
病种:	骨母细胞瘤	治疗医院:	增城区广州妇女儿童医疗中心		

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), 将作为唐 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2026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：唐 性别：男 年龄：7岁 科别：增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断：1. 转移性肾母细胞瘤 2. 化疗后骨髓抑制 3. 血小板减少 4. 贫血 5. 中度营养不良 6. 肺部继发性恶性肿瘤

医嘱及建议：患儿于2025.12.20至2026.01.06在我院增-肿瘤外科1组住院治疗，特此证明。

医师签名：杨天佑/谭天宝/常嘉明/刘烨东

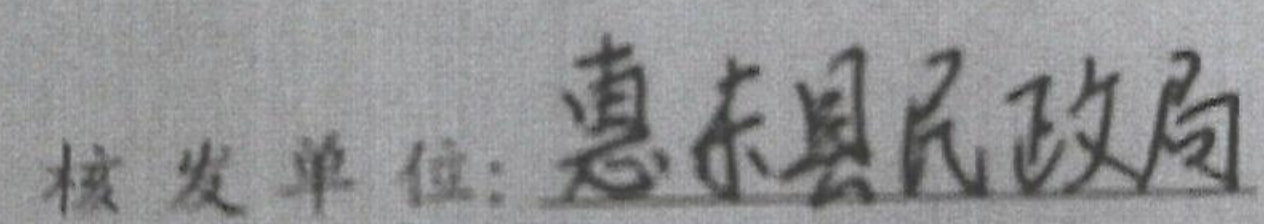
日期：2026年01月06日 13:00:00

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。





发证日期: 2025-12-16

户主姓名: 唐

身份证号码

低保证编号

户主姓名	唐	性别	男
出生年月	2018-11-10	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	壹

居住地址

大山岭街道社

戶籍
地址

大岭街道

低保资金
发放账号

[illegible]

