

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: 2026049

申请日期: 2026 年 1 月 5 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周		男	2021.04.12			广东省	
	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
	转移性神经节神经母细胞瘤		广州医科大学附属儿童医院	2025.08.12	50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 40 %	☐ 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>2</u> 名;			
	父亲 周	40	一般		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>40000</u> 元			
	母亲 王	35	一般		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</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			
尊敬的基金会领导: 周 在 2025.8 月份期间因持续发热, 精神差, 医院诊断为神经母细胞瘤, 此罕见病治疗周期长, 费用高昂, 特向基金会申请救助, 给予孩子一次战胜病魔, 延续生命的机会, 待孩子康复长大, 也全教育他传承爱心, 回报社会。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026 年 1 月 5 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 转移性神经节神经母细胞瘤 治疗: 术前化疗联合免疫治疗 + 手术 + 术后巩固期化疗 联合免疫治疗 + 维持期化疗联合免疫治疗 + 放疗 + 口服 DFM0 + 术后维持 预计费用: 50万 医师签名: 李永明 2026 年 1 月 7 日							
	医院意见（盖章）:							
	建议给予医疗救助金 ¥ <u>20000</u> 元（大写: 贰 万 一 千 二 百 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖定 2026 年 1 月 13 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>25,000.00</u> 元（大写: 贰 万 五 千 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 1 月 19 日 秘书处								

普及深呼吸共愈计划
病童救助专项



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: 周 性别: 男 年龄: 4岁9个月
病种: 神经内分泌瘤 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为周 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 1 月 20 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: 周 性别: 男 年龄: 4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. 为肿瘤化学治疗疗程 3. 中度营养不良 4. 贫血 5. 窦性心动过速

医嘱及建议: 患儿2025-11-18至2025-12-03于我院肿瘤外科住院治疗。特此证明!

医师签名: 杨文/谭天宝/常嘉明/黄伟镇

日期: 2025/12/3 9:14:27

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) 王 (患者或监护人姓名), 身份证号 , 家庭人口共 5 人, 家庭年收入为 4600 元。因本人/子女(周) (患者姓名), 身份证号 , 患有 转移性神经母细胞瘤 (疾病名称), 在 广州医科大学附属肿瘤医院 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

联系电话

(盖 章)

2026 年 / 月 9 日

