

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: 2026065

申请日期: 2025年12月26日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	谭		男	2024.7.28			广东广州	
	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	2025.4.9	70万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	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	
	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) 5-6万元 3、固定资产: 1套房子; 0辆摩托车; 0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	谭	36	健康				
	母亲	刘	35	健康				
申请救助理由(请详细描述)	谭 于2025年4月确诊患神经母细胞瘤,需要化疗免疫放疗,恐因免疫费用巨大,特向贵基金申请治疗费用 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谭 2025年12月26日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 神经母细胞瘤(高危组),需手术、化疗、放疗、免疫治疗等,费用预计50万元以上。 医师签名: 叶梓生 2025年12月26日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元(大写: 贰万 仟 零 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 叶靖生 2026年 1 月 12 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 元 零 角 零 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年 1 月 26 日							
	善及深呼吸共愈计划 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 (普及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 譚	性别: 男	年龄: 4岁
病种: 神经母细胞瘤	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), 将作为譚的治疗费用。

受助人 (监护人): 譚

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2026年1月27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: 谭 性别: 男 年龄: 4岁 科别: 增-肿瘤外科1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 脓毒血症 2. 轮状病毒性肠炎 3. 腺病毒性肠炎 4. 肠病毒感染(肠道病毒) 5. 肠道感染(艰难梭菌) 6. 神经节神经母细胞瘤 7. 电解质紊乱(低钾、低钠、低镁、低磷) 8. 血小板减少 9. 贫血 10. 凝血功能异常 11. 低蛋白血症(低白蛋白) 12. 消化道诊断性影像异常(节段性肠管壁增厚、幽门持续开放)

医嘱及建议:

患儿于2025. 12. 21-2025. 12. 26至我院肿瘤外科住院治疗, 特此证明。

医师签名: 杨天佑/谭天宝/常嘉明

日期: 2025年12月26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。

情况说明

兹有我社区居民谭 (谭 法定监护人)，身份证号码
家庭住址:广东省广州市白云区
家庭人口共 3 人，其子谭 身份证号码
患有神经母细胞瘤疾病，已在广州市儿童
医院接受治疗。

经核查，该对象非我社区在册低保、最低生活保障边缘对象。

以上所述属实，特此说明。

广州市白云区西海岸社区居民委员会

2026 年 1 月 6 日



