

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: 2026070

申请日期: 2025年10月21日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		女	2024.3.7			广西南宁市	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	
	神经母细胞瘤		中山大学孙逸仙纪念医院	2025年7月	150万			
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ____%	☒ 城镇居民 50%	☐ 商业保险 ____%	☐ 其他保险 ____%	☐ 无	
							残疾类型和级别: /	
申请救助理由（请详细描述）	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; <u>伍万</u> 元			
	父亲	吴	40	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>伍万</u> 元		
	母亲	刘	36	良好		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>/</u> 辆摩托车; <u>/</u> 辆小汽车		
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								
我女儿在2025年7月确诊为神经母细胞瘤4/M期,高危组,多发骨、肺转移,骨髓侵犯,目前已完成4次化疗,后续还需行手术治疗,化疗、放疗、造血干细胞移植、免疫治疗等,天价的医疗费用,给我们家庭带来了非常沉重的负担,家里还有四位老人需要赡养,生活压力非常沉重,恳求得到基金会的帮助缓解困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘 2025年10月21日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断为“神经母细胞瘤4/M期,高危组,多发骨、肺转移,骨髓侵犯,目前已完成4次化疗,手术,后续还需化疗、放疗、移植、免疫治疗等,费用大约为50万元。							
	医师签名: 林伟吟 2025年10月18日							
	医院意见（盖章）:							
建议给予医疗救助金 ¥ <u>3万</u> 元（大写: <u>3万</u> 元 零 角 分） 负责人签名: 林伟吟 2026年1月19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: <u>贰万伍仟零</u> 元 零 角 分） 负责人签名: 林钧泽 2026年1月26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: 吳 [redacted] 性别: 女 年龄: 1岁10个月
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院花都院区

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), 将作为吳 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 1月29日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:吴 性别:女 年龄:1岁9月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:吴	住院号	出生地:福建省南平市延平区
性别:女	年龄:1岁9月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间:2025-12-17 16:00		出院日期:2026-01-10 11:20
临床诊断:1.恶性肿瘤(返院化疗(腹膜后、纵膈神经母细胞瘤,4/M期,高危组,多发骨转移,骨髓侵犯)); 2.化疗后骨髓抑制;(1)贫血(III度);(2)粒细胞缺乏;(3)血小板减少(IV度); 3.粒细胞缺乏(并发热); 4.手术后伤口愈合不良; 5.药物性肝损害(I度); 6.继发性高血压; 7.手术后状态,其他特指的(腹膜后肿瘤切除+膈肌部分切除+膈肌修补+双侧纵膈肿瘤切除+腹膜后、纵膈、颈部淋巴结清扫术);		
治疗意见: 详见出院小结。		
记录日期:2026-01-10 11:20	医生: 	

家庭经济情况证明

兹有我社区（村委会）居民（村民）吴（患儿
监护人姓名），身份证号 ，家庭人口共
人，家庭年收入为伍万元。

其子/女吴（患儿姓名），身份证号
，患有神经母细胞瘤（疾病名称），已在中山大学孙逸仙纪念医院花蓓院区
医院接受治疗。因孩子治疗费用支出高，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：

2015 年 10 月 1 日



