

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: 2026183

申请日期: 2026年3月3日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		女	2026.1.19			洁月北省天市物宜镇	
	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
	早产儿		广东省第二人民医院	2026.1.19	20万		/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		<input type="checkbox"/> 新农合 ____%	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 ____%	<input type="checkbox"/> 商业保险 ____%	<input type="checkbox"/> 其他保险 ____%	<input type="checkbox"/> 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____名;			
	父亲 陈	29	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 5万 元			
	母亲 张	34	健康		3、固定资产: 1套房子; /辆摩托车; 1辆小车			
申请救助理由(请详细描述)		<p>宝宝命如草芥身体不好都有高血压需要长期吃药,宝宝爷爷眼睛高度近视不能工作妻子由于怀了宝宝没有工作宝宝在28周时早产从出生就在医院住院治疗预估总住院时间约3个月住院总费用大约20万左右</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026年3月3日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):		<p>胎前诊断: 胚胎低体重儿, 早产儿, 新生儿呼吸窘迫综合征, 新生儿感染肺炎及腹泄和等。 目前费用: 1223904, 后续预估住院费用约1个月, 费用200000</p>					
	医师签名:		<p>张长利 2026年3月10日</p>					
	医院意见(盖章):		<p>建议给予医疗救助金 ¥10000.00元 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 张长利 2026年3月10日</p>					
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助		<p>¥20,000.00元 (大写: 贰万零仟零佰零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 周慧琳 2026年3月16日</p>						



廣東公益恤孤助學促進會
Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名: 陈	性别: 女	年龄: 2个月
病种: 早产儿	治疗医院: 广东省第二人民医院	

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18929052214

日 期: 2026年3月17日

广东省第二人民医院

诊断证明书 证字第

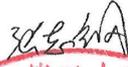
姓名	陈	性别	女	年龄	D0	科别	新生儿病区	住院号	
----	---	----	---	----	----	----	-------	-----	--

病史及简要诊疗工作：
患者因“出生胎龄28+2周，生后呼吸急促30分钟。”于2026-01-19在我院住院治疗。

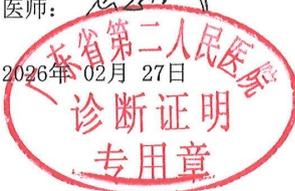
诊断意见：
1. 超低出生体重儿 2. 早产儿 3. 新生儿呼吸窘迫综合征（I级） 4. 特发于围生期的感染 5. 新生儿低蛋白血症 6. 新生儿低钙血症 7. 母体病毒性肝炎新生儿 8. 动脉导管未闭 9. 三尖瓣返流（轻度） 10. 卵圆孔未闭 11. 右侧脑室扩张（轻度） 12. 新生儿高胆红素血症 13. 新生儿贫血 14. 新生儿甲状腺功能减退症

处理意见：
住院住院，特此证明！

广东省第二人民医院

医师： 

2026年02月27日



天门市多宝镇沙湾村民委员会

兹有我湖北省天门市多宝镇沙湾村 村民陈

男，汉族，身份证号： 该村居民之

陈 由于早产，属于超低体重儿需要长期治疗和
康复，其家收入有限，经济困难，希望有关机构
给予帮助。

以上情况属实，特此证明。

多宝镇沙湾村村委会

2026.3.13



