

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: 2026185

申请日期: 2026年3月1日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	姜	女	2010.6.11		广西浦北县		
	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
	先天性心脏病	广州妇孺医院中心	2026.2.4	35万		/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 25%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 无	残疾类型和级别:
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 2 名;		
	父亲 姜	44	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 25000 元		
	母亲 李	43	良好		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车		
					4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
申请救助理由(请详细描述)	<p>我女儿姜 确诊先天性心脏病肺动脉闭锁, 现急需做开胸手术, 医生说预估手术费用35万元。现已问遍亲戚朋友, 各方凑集, 但因家庭经济困难, 没办法凑足医药费, 特向广东公益恤孤助学促进会重症病童申请救助。 敬此 敬礼!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 姜 2026年3月1日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿为: 1. 肺动脉狭窄 2. 肺动脉闭锁(术后) 3. 先天性肺动脉瓣关闭不全 4. 心功能不全 5. 嗜睡后血肿 6. 肺出血; 目前术后呼吸机支持, CRRT等治疗, 预计手术35万元左右。 医师签名: 李永 2026年3月6日</p>						
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 何靖霞 2026年3月9日</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 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: 周其明 2026年3月16日</p> <p>秘书处</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: 姜 [redacted]	性别: 女	年龄: 15
病种: 肺动脉狭窄	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江院)	

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), 将作为姜 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 姜 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): _____

电 话: _____

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年3月17日

诊断证明书

姓名：姜 性别：女 年龄：15岁 科别：珠-CICU2组 床号 住院号

诊断：1. 肺动脉狭窄 2. 肺动脉闭锁(术后) 3. 先天性肺动脉瓣关闭不全 4. 心脏术后低心排综合征 5. 腹膜后血肿
6. 重症肺炎 7. 肺出血 8. 肝功能不全 9. 急性肾衰竭 10. 电解质紊乱 11. 凝血功能异常

医嘱及建议：患儿于2026.02.24-至今于我院住院治疗，特此证明。

医师签名：李科

日期：2026-03-06 16:26:38



- 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。

家庭情况说明

兹有患儿 姜 患 先天性心脏病 疾病、性别 女，
年龄 15 岁，是 广西 省(区、市) 钦州市 (州)
浦北 县(区) 张黄 乡镇(街道) 大坡 村民小组(居
委会)，(父亲：姜 母亲：李) 村民(居民) 的儿子/
女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医
疗费用，现向广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助项目申请为患儿
的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：姜 身份证号：

患儿母亲：李 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：



2020 年 3 月 1 日

