

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: 2026195

申请日期: 2026年 3月 6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	2014.02.15			广东普宁市洪阳镇	
	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
	肾衰竭 ANCA相关肾炎		广州儿童医院	2026-01.06	30万元		/	<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 checked="" type="checkbox"/> 新农合 50%	<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		
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	陈	40	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>5</u> 万元		
	母亲	王	38	健康		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 辆小汽车 4、家庭困难类型: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <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>因家庭收入低,无法承担医疗费用。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026年 03月 06日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1.肾衰竭 2.血液透析状态 3.ANCA相关性肾炎 4.维生素D缺乏 5.肾性高血压 6.中度贫血. 预计治疗费用30万元. 治疗: 规律透析,激素治疗原发病,氨氯地平控制血压,铁剂改善贫血等对症支持治疗.</p> <p>医师签名: 王 2026年 03月 06日</p>							
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 <u>¥20000</u> 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 王 2026年 3月 10日</p>							
	<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 <u>¥20,000.00</u> 元 (大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 王 2026年 3月 10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: 12
病种: 肾衰竭、ANCA相关 治疗医院: 广州市儿童医疗中心 肾炎		

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): 王

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林伟强

电 话: 18924052219

日 期: 2026年3月29日


广州市妇女儿童医疗中心（儿）
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：陈 性别：女 年龄：12岁 科别：儿-肾内科1组 床号 住院号

诊断：1. 肾衰竭 2. 血液透析状态 3. ANCA相关性肾炎 4. 维生素D缺乏 5. 高血压 6. 中度贫血

医嘱及建议：患儿于2026.03.6在我院肾内科1组住院治疗。

医师签名：李悦 / 刘刚 
日期：2026/3/6 10:18:16

- 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。



