

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: 2026210

申请日期: 2026年3月9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	2024.11.05		广东省梅州市		
	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	广州市妇女儿童医疗中心	2026.1.4	100万			<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 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 2 名;		
	父亲	陈	29	健康	2、家庭年收入(不含政府补贴) 80000 元		
	母亲	石	30	健康	3、固定资产: 0 套房子; 2 辆摩托车; 0 辆小车		
					4、家庭困难类型: <input checked="" 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>我们孩子于2026年1月被确诊为高危神经母细胞瘤。孩子需要经过长期的化疗、手术、放疗、免疫治疗。才能提高生存的希望，现才开始第三个周期的治疗，已经自费30万了。实在无力承担接下来的治疗费用。我们是一个普通的农村家庭，孩子奶奶还患有宫颈癌需长期检查跟服药。家里只有两人工作，地仅够维持家里的基本开销。万般无奈下，我们恳请基金会伸出援手，给予我们一定的救助。本人保证上述情况完全真实。帮助我们度过这个难关。</p> <p>申请人签名: 陈 2026年3月9日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 疾病诊断: 转移性神经节神经母细胞瘤 治疗: 术前化疗免疫治疗 + 根治手术 + 术后化疗免疫治疗 + 放疗 + 维持期化疗免疫治疗 + 口服DFMO + 定期核医学MIBG检查。 预计总费用: 100万</p> <p>医师签名: 李孟明 2026年3月12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 仟 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 何靖雯 2026年3月16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 仟 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 梅书处 2026年3月30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 [redacted] 性别: 女 年龄: 1岁4月
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 广东省广州妇女儿童医疗中心(增城区)

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), 将作为随 [redacted] 的治疗费用。

受助人(监护人): 陈 [redacted]

电话: [redacted]

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话: [redacted]

经办人: 林 [redacted]

电话: 18924052219

日期: 2026年3月31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: 陈 性别:女 年龄:1岁1月科别: 增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断:1.腹膜后肿瘤(神经母细胞瘤) 2.肝功能检查的异常结果 3.手术前恶性肿瘤化学治疗 4.恶性肿瘤免疫治疗
5.高血压

医嘱及建议: 患儿于2026.01.02至2026.01.28在我院肿瘤外科住院治疗, 特此证明!

医师签名:杨天佑/谭天宝/叶梓杰/曾笑丹

日期: 2026年01月28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。



