

### 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: 2026219

申请日期: 2026年3月17日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	许		男	2012.6.27			广东省普宁市	
	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
	恶性脑肿瘤		广东省珠江医院	2025.10.29	50万			<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: 未评定
购买保险情况及报销比例		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 80%	<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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元 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 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲	许	40	亚健康				
	母亲	方	35	亚健康				
申请救助理由(请详细描述)	因本人母亲在2022.10月份患乳腺癌,已治疗一大笔,现儿子于2025.10月.29确诊恶性脑肿瘤.在儿童医院已花费20万条,接下来还得放化疗,还有外债10多万,本人只是在小县城打工,月收入才3500,现已无力继续治疗.望各界好心人帮助.  本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 许 2026年 3 月 17 日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断恶性脑肿瘤(经病理,64),现术后继续化疗,大概需要4-5万 医师签名: 165号 2026年3月18日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2026年3月19日 							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2026年3月30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

病童姓名: 許 [redacted] 性别: 男 年龄: 13

病种: 髓母细胞瘤 治疗医院: 南方珠江医院

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), 将作为许 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 许 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人:

[Handwritten signature]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年3月31日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：许

科室：小儿血液科病区

床号

ID号

住院号

科别：小儿血液科病区

入院日期：2026年02月03日

出院日期：2026年02月10日

检查结果：详见出院小结。

诊断意见：

1. 髓母细胞瘤化学治疗；2. 髓母细胞瘤（经典型，Group4，高危）；3. 颅内感染；4. 昏迷；5. 营养不良；6. 化疗后骨髓抑制

处理意见：住院治疗。

医生签名：

张芝奇

日期：2026年02月10日

签发单位：（盖章）



普 宁 市  
流沙北街道南园村民委员会用笺

证明

兹有我村村民许[REDACTED] 性别：男，身份证号码：

[REDACTED] 该员系流沙北街道南园村低保对象。情况属实。

特此证明！



