

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: 2026224

申请日期: 2026年3月10日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地
	吴	男	2019.9.16		广东茂名
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号
	神经母细胞瘤	广州市妇女儿童医疗中心	2025.6.22	50万元	
	购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 65%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 _____%	<input type="checkbox"/> 商业保险 _____%	<input type="checkbox"/> 其他保险 _____%
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) 9万 元 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"/> 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
	父亲	吴	37	正常	
	母亲	陈	30	正常	
申请救助理由(请详细描述)	由于孩子身患重疾,需长期住院治疗,多次化疗,放疗,手术和放疗,以及后续的康复治疗,前期住院治疗至今已耗尽家庭全部积蓄,家中已无固定经济来源,主要依靠孩子爸爸务工维持生计,这疾病的巨额医疗费用更是无力承担,为了争取一线治疗机会,减轻经济压力缓解,特申请基金救助,恳请审核批准! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026年3月10日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	神经母细胞瘤 50万以上			
	医师签名:	李海博 2026年3月12日			
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年3月17日			
广东公益恤孤助学促进会意见:					
同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 邓韵诗 2026年3月30日 秘书处					



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: 吳	性別: 男	年齡: 6歲
病種: 神經母細胞瘤	治療醫院: 广州市妇女儿童医疗中心	

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), 将作为吳 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: 18924052214

日 期: 2026 年 4 月 1 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：吴 性别：男 年龄：6岁 科别：增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断：1. 转移性神经节神经母细胞瘤 2. 手术后恶性肿瘤化学治疗 3. 恶性肿瘤免疫治疗

医嘱及建议：患儿于2026.03.06至2026.03.21在我院肿瘤外科住院治疗。

医师签名：杨天佑/李嘉豪/李海涛/叶玲

日期：2026年03月21日 12:00:00



- 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。



