

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: 2026305

申请日期: 2026年4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 | |
| | 何 | | 男 | 2008.7.6 | | | 湖南罗定市 | |
| | 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 |
| | 脑肿瘤 | | 广东省人民医院惠福分院 | 2025.11.25 | 10万 | | | <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 65% | <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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 9.63 元; 3、固定资产: / 套房子; 二 辆摩托车; 二 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 | 何 | 43 | 良好 | | | | |
| 母亲 | 陈 | 42 | 良好 | | | | | |
| 申请救助理由(请详细描述) | <p>何 身份证 是广东省罗定市附城街道 村,在2025年11月25日于广东省人民医院确诊脑肿瘤,宝妈失业,照顾何 爸爸一个人打工,要养两个老人,还有两个小孩读书,家庭经济开支大,情况困难。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 何 2026年4月17日</p> | | | | | | | |
| 医院填写 | <p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿经过神经内镜颅内肿物活检术等检查,确诊为“脑肿瘤(非生殖细胞瘤性生殖细胞肿瘤)”,在我院定期化疗治疗中,预计费用10万人民币。</p> <p>医师签名: 李泳 2026年4月17日</p> | | | | | | | |
| | <p>医院意见(盖章):</p> <p>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)</p> <p>负责人签名: 李泳 2026年4月20日</p> | | | | | | | |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万 伍 仟 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 何 2026年5月6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: 何 | 性别: 男 | 年龄: 17岁 |
| 病种: 脑肿瘤 | 治疗医院: 广东省人民医院惠福分院 | |

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), 将作为何 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: 189 2405 2214

日期: 2026年 5月 7日

广东省医学科学院

GUANGDONG ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES



广东省人民医院

GUANGDONG PROVINCIAL PEOPLE'S HOSPITAL

疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 编号：
姓名： 何 性别： 男性 年龄： 17岁 住院号(门诊号)：
入院日期： 2026-03-30 出院日期： 2026-04-08 床号：

处理意见：

患儿诊断“1. 化学治疗；2. 脑肿瘤——非生殖细胞瘤性生殖细胞肿瘤（CNS NGGCTs）；3. 中枢性尿崩症；4. 继发性肾上腺皮质功能减退症；5. 继发性甲状腺功能减退；6. 静脉血栓形成——左侧贵要静脉血栓形成”在我院住院治疗。

诊断：

1. 化学治疗；2. 脑肿瘤——非生殖细胞瘤性生殖细胞肿瘤（CNS NGGCTs）；3. 中枢性尿崩症；4. 继发性肾上腺皮质功能减退症；5. 继发性甲状腺功能减退；6. 静脉血栓形成——左侧贵要静脉血栓形成

医嘱：

儿童血液科随诊，2026年4月27日入院复查头颅MRI等检查，并进一步行IE方案化疗治疗，联系电话：



复诊建议：

医师：

李永康

日期：

2026年04月08日

注：

1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

证明

兹有本村 [REDACTED] 村民何 [REDACTED] 男，身份证 [REDACTED] 在 2025 年 11 月 25 日于广东省人民医院确诊脑肿瘤。其母亲失业照顾何 [REDACTED] 父亲一个人打工，要赡养两个老人，还要供两个小孩读书，家庭开支大，经济困难，情况属实。

特此证明！

罗定附城街道新民村民委员会

2026 年 4 月 16 日



