

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: 2026304

申请日期: 2026年4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	
	邓	男	2013.9.24			广东省江门市蓬江区	
	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
	骨肉瘤	广东省人民医院	2026.1.5	30万			<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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 25000 元 3、固定资产: 无套房子; 1 辆摩托车; 无 辆小汽车 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明
	父亲	邓	41	健康	
	母亲	陈	38	健康	

申请救助理由(请详细描述):

我们恳请广东公益恤孤助学促进会能够伸出援手,对我小孩重病医疗救助。这笔救助款对于我们家来说,是救命钱。感谢!

本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 邓 2026年4月9日

医院填写

疾病诊断及治疗(费用): 骨肉瘤, 右下肢, 化疗, 手术, 需化疗6次, 手术, 化疗费用20000元

医师签名: 江 2026年4月9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: 广东省人民医院 2026年4月13日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥55,000.00 元 (大写: 叁万伍仟零佰零拾零元零角零分)

负责人签名: 邓 2026年5月6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: 邓	性别: 男	年龄: 12
病种: 恶性骨肉瘤	治疗医院: 惠福分院	广东省人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为邓 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邓

电话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话:

经办人: 林

电话: 18922052219

日期: 2026年5月7日



疾病诊断证明书

科室: 儿童血液科 编号: _____
住院号(门诊号): _____
姓名: 邓_____ 性别: 男性 年龄: 12岁5月 床号: _____
入院日期: 2026-03-13 出院日期: 2026-03-31

处理意见:

入院完善相关检查, 14/3起予AP方案化疗, 具体用药ADM 43mg 14/3-15/3, DDP 66mg 14/3-15/3。化疗后出现骨髓抑制伴急性上呼吸道感染、口腔炎, 予先后予美罗培南、阿米卡星、万古霉素抗感染、升白、成分输血、适当补液、加强口腔护理等治疗, 后骨髓抑制恢复, 感染控制良好, 口腔溃疡明显好转, 一般情况好, 予办理带药出院。嘱门诊随诊, 定期返院治疗。

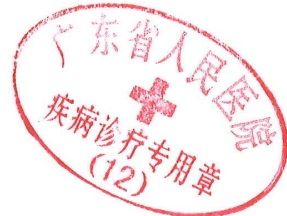
诊断:

1. 手术前恶性肿瘤化学治疗; 2. 肱骨恶性肿瘤——左肱骨骨肉瘤; 3. 肿瘤性病理性骨折; 4. 化疗后骨髓抑制; 5. 急性上呼吸道感染; 6. 口腔炎

医嘱:



复诊建议:



医师: 张进芳

日期: 2026年03月31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

邓 [REDACTED] 身份证号码: [REDACTED]

经核实, 以上家庭 1 人是我县在册低保对象, 起始保障时间为 2026 年 2 月 1 日。

特此证明

徐闻县民政局社会救助股

2026 年 2 月 4 日

(联系电话: 徐闻县民政局社会救助股, [REDACTED])

