

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: 2026314

申请日期: 2026年4月14日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	XB	男	2013.12.23		海南省文昌市		
	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
	继发性脊柱侧弯	广州妇孺儿童医院	3.24	10万		/	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: 肢体残疾壹级
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 40-45%	<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 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>48000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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	李	40	健康			
母亲	XB	35	健康				
申请救助理由(请详细描述)	基金会委员会们,你们好,我的小孩:XB 从小就患有(脊髓源性肌肉萎缩) SMA 稀有疾病,长期不能走路,生活无法自理,导致严重的脊柱侧弯,我们来自海南农村家庭,名下有3个小孩抚养,收入微薄,小孩都是老婆照顾至今,家庭唯一的收入靠本人开网约车维持,此次带孩子来广州妇孺儿童医院住院治疗,治疗费用高,在此向基金会申请援助,让孩子尽快手术恢复正常! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2026年4月14日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 脊柱侧弯手术费用约10万						
	医师签名: 许伟波 2026年4月14日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥15000 元 (大写: 壹万伍仟元 拾元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年4月17日						
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥10,000.00 元 (大写: 壹万零仟零元 拾元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年5月6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: 邓 [redacted] 性别: 男 年龄: 12
病种: 继发性脊柱侧弯 治疗医院: 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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为邓 [redacted] 治疗费用。

受助人 (监护人): 李 [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: 18927052217

日 期: 2026年5月7日

广州市妇女儿童医疗中心（儿）

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: 邓 性别:男 年龄:12岁 科别: 珠-骨科2组 床号 住院号

诊断:

1. 继发性脊柱侧弯, 其他的(脊肌萎缩症) 2. 婴儿型脊髓性肌萎缩, II型 3. 神经肌肉性脊柱侧弯

医嘱及建议:

患儿因“1. 继发性脊柱侧弯, 其他的(脊肌萎缩症) 2. 婴儿型脊髓性肌萎缩, II型 3. 神经肌肉性脊柱侧弯”自2026-3-24起于我院儿童骨科住院治疗, 特此证明!

医师签名:徐宏文/许伏龙/涂哲慧/许伏

日期: 2026.03.30



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。

家庭经济困难证明

兹有我村委会村民李 [REDACTED] (患者法定监护人姓名), 身份证号码: [REDACTED] 家庭住址海南省文昌市铺前镇隆丰村委会 [REDACTED] 家庭人口共 9 人, 家庭年收入为 117000 元, 人均年收入 13000 元, 家庭经济困难。其子 (患者姓名) 邓 [REDACTED] 身份证号码: [REDACTED] 患有 (疾病名称) 先天性无法走路。因治疗费用相对较高, 现申请罕见病医疗救助项目资助。

以上所述属实, 特此证明

村委会所在地: 海南省文昌市铺前镇

村委会经办人签字: [REDACTED] 联系电话 [REDACTED]



2026年4月3日

