

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: 2026316

申请日期: 2026年 4月 8日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	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
	购买保险情况及报销比例	<input type="checkbox"/> 新农合 _____%	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 _____%	<input type="checkbox"/> 商业保险 _____%	<input type="checkbox"/> 其他保险 _____%	<input type="checkbox"/> 无	是 <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>
							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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>72000</u> 元 3、固定资产: <u>1</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 checked="" 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	母亲					
申请救助理由 (请详细描述)	患儿于2024.11月确诊之后,已接受32次免疫治疗,14次化疗,一次手术,4次骨髓穿刺,20次左路骨+0椎体+0腰椎放疗,已花费近百万,而今MFBG核医学评估仍有残留,还需化疗联合免疫治疗,以头部的腹股部原发灶还需要放疗,后续还需口服DTMO,家中仅靠父亲在外务工,孩子患病以来,治疗周期长费用高,以至于让原本收入不多的家庭更是雪上加霜,陷入困境,家中还有一个10岁儿童要抚养,越而今种种都让我们难以承担 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 张 2026年 4月 8日 治疗费用						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 诊断: 转移性神经节神经母细胞瘤 治疗: 术前化疗 联合免疫治疗 + 根治手术 + 术后联合免疫治疗 + MFBG核医学检查 + 定期MR-CT复查 + 口服靶向药维持治疗 预计费用: 100万 医师签名: 薛嘉明 2026年 4月 15日 医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元 (大写: 贰万伍仟 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖夏 2026年 4月 17日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30000.00 元 (大写: 叁万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 秘书处 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: 陈	性别: 男	年龄: 6岁
病种: 神经母细胞瘤	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 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 张

电 话: [Redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [Redacted]

经办人: 林作勤

电 话: 18924052219

日 期: 2026年5月7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：陈 性别：男 年龄：6岁 科别：增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断：1. 手术后恶性肿瘤化学治疗 2. 腹膜后腔恶性肿瘤（转移性神经节神经母细胞瘤）

医嘱及建议：患儿于2026. 04. 23至2026. 04. 30在我院肿瘤外科住院治疗。

医师签名：杨天佑/李嘉豪/李海涛/王灵犀

日期：2026年04月32

杨天佑

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。





汕头市潮阳区民政局
 核发单位: _____
 2025-02-28
 发证日期: _____
 户主姓名: 陈 _____
 身份证号码: _____
 编 号: _____

户主姓名	陈	性别	男性
出生年月	1995-6-28	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	4
居住地址	广东省汕头市潮阳区		
户籍地址	广东省汕头市潮阳区		
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	陈	配偶	
	陈		
	陈		

家庭成员情况	姓名	关系	月收入	
家庭成员照片				
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		
姓名:		姓名:		

