

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: 2026323

申请日期: 2026年5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		
	贺	女	2024.8.5		广西壮族自治区百色市		
	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
	先天性心脏病 室间隔缺损 双动脉干下型	广州医科大学附属第一医院	2024年8月	7万		/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型级别: /
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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲 贺	28	良好				
母亲 马	19	良好					
申请救助理由(请详细描述)	<p>家庭人口4人,劳动力1人,收入来源靠种地务农做零工,患儿奶奶患有高血压小慢性病,需长期买药看病,预计一年看病花销1-2万,患儿母亲无工作在家带小孩,患儿本人患有先天性心脏病,出生至今因反复感冒发高烧肺炎住院目前跟银行借有十万借款未还清,近年大环境不好,工作不稳定,收入起起伏伏,无力支撑小孩高额手术费用。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 贺 2026年5月8日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 广州医科大学附属第一医院. 治疗费用7万						
	<p>医师签名: 张 2026年5月 日</p> <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 10000.00 元 (大写: 壹万零仟零佰零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 2026年5月 日</p>						
广东公益恤孤助学促进会意见:							
<p>同意救助 ¥ 5000.00 元 (大写: 伍仟零佰零拾零元零角零分) (易碳专项)</p> <p>负责人签名: 2026年5月 11 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

(易嫫公益项目)

病童姓名: 贺	性别: 女	年龄: 1岁8个月
病种: 先天性心脏病 (室间隔缺损)	治疗医院: 广州医科大学附属第一医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币伍仟元整), 将作为贺月欣的治疗费用。

受助人 (监护人): 贺

电 话: [Redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [Redacted]

电 话: [Redacted]

经办人: 林修智

电 话: 18924052214

日 期: 2026年5月12日



疾病诊断证明书

姓名: 贺 [模糊] 性别: 女 年龄: 1岁 住院号 [模糊]

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

诊断: 室间隔缺损

此证

主诊科 (盖章)




证明

兹有广西省百色市田林县高龙乡弄南村 常住村民，
户主向 女，汉族，身份证号 患儿爸
爸，贺 男，汉族，身份证号 家庭收
入来源于在家打零工，家庭年收入 30000，母亲，马 女，壮族，
身份证号： 在家带一个孩子照顾老人没有
收入，全靠孩子父亲贺 在家打零工维持生活，家庭收入低生活
困难，情况属实。

特此证明：

村干：



联系电话



2026年 4月 30日

