

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: 2026321

申请日期: 2026年4月24日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	江		女	2013.7.23			清新县	
	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		广州市妇女儿童医院	2026.4.12	15万元		/	<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 type="checkbox"/> 新农合 %	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input checked="" type="checkbox"/> 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	江	43	正常				
	母亲	成	38	正常				
<p>1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名;</p> <p>2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>1-2万</u> 元</p> <p>3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车</p> <p>4、家庭困难类型:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/>街镇开具困难证明;</p> <p><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</p>								
<p>申请救助理由(请详细描述)</p> <p>意外突然来临不知怎么办,小孩得这种病需要很多钱治疗,还有哥哥在读初中,现在照顾小孩没收入,我老公上班够生活费用,难以承担患儿的全部医疗费用。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 成 2026年4月24日</p>								
<p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1. ANCA 相关性血管炎, 2. 急性肾衰竭, 3. 高钾血症, 4. 胸腔积液, 治疗: 给予血液透析、激素冲击、降压、补钙、利尿等处理, 预估治疗费用 10-15 万元。</p> <p>医师签名: 彭子 2026年4月24日</p> <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥25000 元 (大写: 贰万伍仟元 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 何靖良 2026年4月28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: 贰万伍仟元 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 何靖良 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

病童姓名: 江 [redacted] 性别: 女 年龄: 12
病种: 急性肾衰竭, ANCA相关性血管炎, 高钾血症
治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心 (ICU)

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), 将作为江 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 成 [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: 18924052214

日 期: 2026年5月12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: 江 性别: 女 年龄: 12岁 科别: 儿-肾内科2组 床号 住院号

诊断: 1. ANCA相关性血管炎 2. 急性肾衰竭 3. 高钾血症 4. 胸腔积液

医嘱及建议: 患儿2026-04-12至今于我院肾内科住院治疗。

医师签名: 钟发展/张妙/龚望球

日期: 2026-04-25 09:17:14

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。



