

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: 2026315

申请日期: 2026年4月20日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	[模糊]		男	2026.1.22	[模糊]		湖南省岳阳市沙溪镇	
	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
	1. 新生儿呼吸窘迫综合征 超低出生体重儿(1.5-1.99g) 动脉导管未闭, 中央型双歧		湖南妇女儿童中心	2026.1.22	40-45万	[模糊]	/	<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 63%	<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) 60000元 3、固定资产: 0套房子; 0辆摩托车; 0辆小车 4、家庭困难类型: <input 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	郑	30	良好				
	母亲	陈	29	良好				
申请救助理由(请详细描述)	<p>您好!我们是患儿郑 [模糊] 的监护人郑 [模糊] 现向基金会申请救助,恳请予以帮扶。</p> <p>我家为普通工薪家庭,年收入6万元,无积蓄与固定资产,仅能维持基本生活,患儿每年的奶元工作,无收入,均由患儿父亲赡养。患儿郑 [模糊] 于2026年1月22日出生,系25周极早产低体重早产儿,先后转入广州妇女儿童医疗中心儿童院区及珠江院区NICU救治,至今仍在保温箱治疗。已接受心肺内解手术,尚未脱离无创呼吸机,预计整体医疗费用约40万元。家庭仅靠父亲郑 [模糊] 的工资收入,为筹治疗费赴外地作,住店交通进一步加重负担。虽经力筹款,但费用缺口巨大,尤加重后续治疗费用。所述情况均真实有效,愿承担本人保证上述情况完全真实。法律责任。恳请基金会伸出援手,帮助孩子顺利治疗。</p> <p>申请人签名: 陈 [模糊] 2026年4月20日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1. 新生儿呼吸窘迫综合征. 2. 超低出生体重儿. 3. 早产儿. 4. 动脉导管未闭(Piccolo封堵术后). 5. 呼吸机相关性肺炎. 6. 早产儿视网膜病变. 7. 新生儿高胆红素血症. 目前仍需呼吸机支持. 预计出院总费用40-45万</p> <p>医师签名: [模糊] 2026年4月20日</p>							
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥10000 元 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 何靖雯 2026年4月29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 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 何响 2026年5月19日 秘书处</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: 郑 [redacted] 性别: 男 年龄: 3月
病种: 25+6周极低体重早产儿 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为郑 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [redacted]

电话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话:

经办人:

电话:

日期:

柯伟福

18949052214

2016年5月12日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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：1天1小科别：珠-NICU2组 床号 住院号
时8分

诊断：1. 新生儿呼吸窘迫综合征 2. 超低出生体重儿(750-999g) 3. 未成熟儿(孕期等于或大于24整周以上, 但小于28整周) 4. 动脉导管未闭(Piccolo 封堵术后) 5. 新生儿高胆红素血症 6. 新生儿贫血

医嘱及建议：患儿于2026-01-23至2026-03-06在我院珠江新城院区NICU住院治疗。

陈晓虹

医师签名：陈晓虹/蔡岳鞠

日期：2026-03-06 15:45:15

- 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。



家庭情况说明

兹有 郑 (患儿姓名)，身份证号 无 (无户口
填 “ 无 ” ， 家 庭 住 址
湖南省岳阳市汨罗市 为我辖 区居民 (村
民)，系我社区/村 低保户 精准扶贫户 建档立卡贫困户
 残疾家庭 一般家庭 其他 ；现在 广州市妇女儿童医
疗中心珠江新城院区 (医院名称) 进行治疗，因治疗费用较高，
家庭经济条件较差，无力承担全部治疗费用，现向基金会 申请医
疗救助金。

(本证明只能用于患者申请 早产儿 病救助，他用无效)

以上所述属实。

神机山溪洲溪村 社区/村
委会

汨罗市神鼎山镇 街道/乡
/镇

日期 2016 年 4 月 13 日



盖章

日期 2016 年 4 月 13 日



盖章

