

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: 2026335 申请日期: 2026年4月29日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	黄		男	2023年4月14日		广东省潮安区		
	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
	神经母细胞瘤		广州市妇女儿童医疗中心	2025年9月12日	150万			<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 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 2 名;		
	父亲	黄	44岁	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 4-5万元		
	母亲	苏	46岁	健康		3、固定资产: 1 套房子; 2 辆摩托车; 0 辆小汽车		
申请救助理由(请详细描述)		<p>因儿子患上神经母细胞瘤,医疗费用巨大。家中还有7、8十岁父母。女儿读小学,老婆自嫁以来,没有工作,我是家里的主要经济来源,父母年老多病,我又因儿得病无法工作!经济确实特别困难</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2026年4月29日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 高危神经母细胞瘤, 医疗费150万。 医师签名: 王 2026年4月27日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 王靖雯 2026年4月29日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥30,000.00 元 (大写: 叁万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 王靖雯 2026年5月 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: 黃	性别: 男	年龄: 3
病种: 神经节神经母细胞瘤 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), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话:

经办人: 林作富

电话: 18924052214

日期: 2026年5月13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：黄 性别：男 年龄：3岁 科别：珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 手术后恶性肿瘤化学治疗 2. 神经节神经母细胞瘤 3. 乳糜性腹水

医嘱及建议：患儿于2026. 4. 18至2026. 04. 24在我院血液肿瘤科1组（珠）住院治疗。

医师签名：陈启鹏 / 陈启鹏

日期：2026年04月24日 10:00:02

- 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。



核发单位: 潮安区

发证日期: 2026-03-19

户主姓名: 黄

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	黄	性别	男性
出生年月	1948-11-21	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码	_____		
居住地址	_____ _____ _____		
户籍地址	广东省潮安县古巷镇		
低保资金 发放账号	_____		
家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
	黄	本人	0
	黄	配偶	0
	黄	子	564
	黄	孙子、孙女 或外孙子、 外孙女	0

家庭成员照片

姓名: <u>黄</u>	姓名: <u>黄</u>
姓名: <u>黄</u>	姓名: <u>黄</u>

