

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: 2026398

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	
	周		男	2020.01.06			广西玉林	
	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
	神经节神经母细胞瘤		广州妇女儿童医疗中心	2025.5.30	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 90%	<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	周	47	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 4324 元		
	母亲	梁	45	健康		3、固定资产: 1 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 type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input checked="" type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
申请救助理由(请详细描述)	<p>尊敬的广东公益恤孤助学促进会</p> <p>我是患儿周 的家长梁 ,孩子于2025年5.30在广州妇女儿童医疗中心确诊神经节神经母细胞瘤,至今花费医疗费用50万,后续治疗预估需50万元. 致症仅靠父亲周 打工维持生计, 因我需全职陪护孩子无收入, 家庭年收入仅4324元. 均给孩子治病已耗尽积蓄, 负债累累, 无力承担后续巨额治疗费用, 恳请贵会给予救助, 帮助完成治疗. 本人保证上述情况完全真实. 抢救孩子.</p> <p>申请人签名: 梁 2026年5月8日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 神经节神经母细胞瘤. 治疗费用150万							
	医师签名: 郑 2026年4月10日							
	医院意见(盖章):							
建议给予医疗救助金 ¥50000 元 (大写: 伍 万 零 拾 元 零 角 零 分)								
负责人签名: 何靖良 2026年5月9日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥40,000.00 元 (大写: 肆 万 零 肆 拾 元 零 角 零 分)								
负责人签名: 2026年5月18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: 周 性别: 男 年龄: 6
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 40,000 元 (大写: 人民币肆万元整), 将作为周 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2026年5月19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: 周 性别:男 年龄:6岁 科别: 珠-血液肿瘤科2组 床号: 住院号:

诊断: 1. 恶性肿瘤免疫治疗 2. 手术后恶性肿瘤化学治疗 3. 神经节神经母细胞瘤 4. 感染性发热 5. 腹泻

医嘱及建议: 患儿于2026-03-06至2026-03-21于我院珠-血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 骆梓燕/胡子锋

日期: 2026-03-21

- 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。



证明

兹证明 周 身份证号码:

家庭住址: 仁东镇

为农村低保救助对象。

开始享受日期为: 2025年12月01日

该证明开具日期为2026年04月30日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

经办人: 钱
仁东镇人民政府
2026年04月30日



