

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: 2026378

申请日期: 2026年4月16日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	彭		男	2020.2月8日			江西省宜春市袁州区	
	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		珠江医院	2026.2月6日	80-100万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	购买保险情况及报销比例		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 60%	<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	残疾类型和级别:
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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>1万左右</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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 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			
	父亲	彭	26	正常				
	母亲	陈	26	正常				
申请救助理由(请详细描述)	2026.2月确诊神经母细胞瘤,治疗过程,化疗、手术、免疫、放疗等等,治疗费用高达百万,家里为孩子治病已耗尽全部积蓄,家庭为普通务工,现因负债属低保/低收入家庭,无力承担后续费用,恳请恤孤会给予医疗救助,帮助孩子继续治疗,感激不尽! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026年4月16日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断:左后侧髓神经母细胞瘤(IV期,高危,多发转移,颅内SSG) 大概费用 80-100万 医师签名: 张 2026年4月16日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2026年4月20日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥35,000.00 元 (大写: 叁万伍仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2026年4月16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: 彭	性别: 男	年龄: 6
病种: 神经母细胞瘤	治疗医院: 南方医科大学珠江医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为彭 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈

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6月2日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：彭

科室：小儿血液科病区

床号：

ID号：

住院号：

科别：小儿血液科病区

入院日期：2026年03月20日

出院日期：2026年03月26日

检查结果：详见出院小结。

诊断意见：

1. 神经母细胞瘤化疗；2. 左后纵膈神经母细胞瘤（IV期，高危，多发骨及骨髓、颅内转移）；3. 肾积水伴肾输尿管结石；4. 化疗后骨髓抑制；5. 化疗所致恶心和呕吐

处理意见：住院治疗。

医生签名：赖尚蓉

日期：2026年03月26日

签发单位：（盖章）



