

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: 2026397

申请日期: 2026年5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		
	张	女	2025.5.22		广东省普宁市		
	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
	室间隔缺损	南部战区总医院	2025.11.	4.5万			<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 45%	<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 <u>6</u> 名;		
	父亲 张	40	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>5万</u> 元		
母亲 张	38	健康			3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)	因2021年到2025年祖父、祖母两人得了肺癌和恶性黑色素瘤,治疗花费30多万,现在我夫妻两人做美容师,一人在外务工,家有6个子女要抚养,家庭收入低造成家庭困难						
	本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2026年5月16日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿入院后诊断为室间隔缺损,需行心脏外科手术,预估手术费用4.5万。						
	医师签名: 张 2026年6月3日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥1000 元 (大写: 壹仟零拾元零角四分)						
负责人签名: 张 2026年6月3日							
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥1,000.00 元 (大写: 壹仟零拾元零角四分)							
负责人签名: 张 2026年6月3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: 許	性别: 女	年龄: 1
病种: 先天性心脏病	治疗医院: 中國解放軍南部戰區總院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币 伍仟元整), 将作为许 的治疗费用。

受助人 (监护人): 許

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 楊任鈞

电 话: 18924052217

日 期: 2026年6月9日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 许 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 许 出生日期: 2025-05-22 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号:

单位: 一 身份: 一般人员

入院日期: 2026-06-03

病情摘要: 患者为幼儿, 先天性疾病; 主因“体检发现先天性心脏病4月余”入院; 查体: 神清, 精神可, 无紫绀, 双肺听诊呼吸音稍粗, 未闻及干湿性啰音, 心前区无隆起, 心尖搏动有力, 心包摩擦感未触及, 心音正常, 心率110次/分, 心律规则, 心前区可闻及粗糙喷射样收缩期杂音III/6级, 余瓣膜区未闻及心脏杂音, 未闻及心包摩擦音及额外心音。入院后积极完善术前相关检查, 择日行手术治疗。

当前诊断: 1. 室间隔缺损; 2. 心功能II级

医生意见: 特此证明

医院地址: 广东省广州市流花路111号



普宁市流沙东街道北山村民委员会用笺

证明

兹有我村村民许 [REDACTED] 女，身份证号：[REDACTED] 父亲
许 [REDACTED]，身份证号码：[REDACTED] 在打零散工，母亲黄 [REDACTED]
身份证号码：[REDACTED] 在家料理家务，许 [REDACTED] 与黄 [REDACTED] 共
生育 6 个子女，全家靠父亲许 [REDACTED] 打零散工维持基本生活，家庭经济收
入低，生活困难，情况属实。

特此证明



