

广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026429

申请日期: 2026年6月15日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	周	女	2024.1.10		贵州省毕节市		
	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
	宫间质缺损	南部战区总医院	2024.2月	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 48%	<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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元 3、固定资产: 3套房子; / 辆摩托车; / 辆小车 4、家庭困难类型: <input checked="" 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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
	父亲 周	31	正常				
	母亲 吕	32	一般				
申请救助理由(请详细描述)	<p>国家家庭经济困难, 申请基金会帮助。家中有两个小孩要抚养。因在2024年11月吃老婆生宝宝大出血休克, 宝宝早产, 老婆也检查出来有先天性心脏病, 花费了很多钱, 导致了经济困难, 老婆也在家带孩子无法给家里带来收入, 只靠我自己在外面设法给宝宝攒到学费, 只能维持生活。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。特此证明。</p> <p>申请人签名: 吕 2026年6月15日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿入院后诊断为宫间质缺损, 需行手术治疗, 手术费用4.5万。</p> <p>医师签名: 林晓 2026年6月15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 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 王凤松 2026年6月15日</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 5,000.00 元 (大写: 伍仟元整)</p> <p>负责人签名: 林晓 2026年6月22日</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: 周 [redacted] 性别: 女 年龄: 2
病种: 先天性疾病 房颤 间隔缺 [redacted] 治疗医院: 广东省广州市中国解放军南部战区总医院

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), 将作为周 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 吕 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052214

日 期: 2026年6月22日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名: 周 科室: 心胸外科心外病区 床号: ID号: 住院号:

诊断证明

姓名: 周 出生日期: 2024-01-10 性别: 女 科室: 心胸外科心外病区 床号:

单位: 身份: 一般人员

入院日期: 2026-06-15 出院日期: 在院 住院天数: 共住院1天

病情摘要: 1. 患者儿童, 先天性疾病; 2. 主因检查心脏杂音2年入院; 3. 查体: 神清, 精神可, 发育正常, 口唇无紫绀, 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, 位于第五肋间左侧锁骨中线内0.5cm, 心包摩擦感未触及, 心率102次/分, 心律齐, P2增强, 余瓣膜区未闻及明显心脏杂音, 未闻及心包摩擦音及额外心音, 双下肢无水肿; 4. 辅助检查: 心脏超声(2025-06-23 重庆医科大学附属儿童医院): 房间隔缺损(II) 三尖瓣反流(轻-中度) 肺动脉压力测值正常高值 左心收缩及舒张功能正常未见明显异常;

当前诊断: 1. 房间隔缺损; 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

经治医师: 毕海跃
2026-06-15

南部战区总医院
(诊断专用章)



证明

兹有我社区居民周 [] 女，身份证号码：[]。
父亲周 []，男，身份证号码：[] 在家务农。母
亲吕 []，女，身份证号码：[] 在家务农。周 []
与吕 [] 共同生育 2 个子女，全家靠务农维持其基本生活，家庭经
济收入低，生活困难，情况属实。

特此证明

北镇社区居民委员会

2026年6月8日

居民委员会

5205261074166

