

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: 2026439

申请日期: 2026年4月2日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	林		女	2011.4.24		广东省惠来县		
	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
	重症肌无力 (难治性)		广州市 妇女儿童 医院	2025年 5月底	15万		/	<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 55%	<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 4 名; 4.5万			
	父亲	林	48	健康	2、家庭年收入(不含政府补贴) 4.5万 元			
	母亲	林	48	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 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			
申请救助理由(请详细描述)	<p>我来自一个农村家庭.自从女儿2025年5月份在汕头第二附属医院诊断出为重症肌无力(全身型),反复进医院10次.进PICU8次.前为光所有钱财.还在亲戚朋友借了11万.原本就不富裕的难上加难,恳请广东公益给以救助.</p> <p>本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 林 2026年4月2日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 1.重症肌无力(难治性) 2.呼吸衰竭 3.声门下狭窄. 费用: 10~15万 医师签名: 觉润 2026年3月17日</p>							
	<p>医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥15000 元 (大写: 壹万伍仟元 拾 元 角 分) 负责人签名: 阿靖雯 2026年4月3日</p>							
<p>广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥10,000.00 元 (大写: 壹万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林 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: 林 [redacted] 性别: 女 年龄: 15

病种: 重症肌无力(全身型) 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 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为林 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林 [redacted]

电话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电话: /

经办人: 林 [redacted]

电话: 18924052219

日期: 2026年6月24日

广州市妇女儿童医疗中心（儿）
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：林 性别：女 年龄：14岁 科别：儿-PICU2组 床号： 住院号：

诊断：1. 气管狭窄(气管上段肉芽增生并局部狭窄中度) 2. 呼吸衰竭 3. 重症肌无力 4. 肌无力危象

医嘱及建议：患儿于2026年2月11日至今在我院住院治疗。

医师签名：胡培丹
日期：2026-03-14 15:30:33

- 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。



广东省
惠来县 鳌江镇中澳村民委员会专用笺

证明

兹有我村民林 [] 男 身份证号码: []

该家庭因以原因导致支出型
困难: 因其女儿: 林 [] 女 身份证号码: []
患有重症肌无力(难治型)
疾病, 需长期治疗。经核实, 该家庭符合支
出型困难家庭认定条件。

特此证明



