

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: 2026441

申请日期: 2026年 6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	
	蔡	女	2021年2月			广东省揭阳市	
	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
	生殖细胞瘤 腺瘤	中山大学孙逸仙纪念医院	2026年 4月10号	20万元		✓	<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 40%	<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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元 3、固定资产: 1套房子; 0辆摩托车; 1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 蔡	44	健康				
母亲 林	37	健康					
申请救助理由(请详细描述)	<p>我家孩子身患重病,长期需要住院治疗,药物控制药定期复查,医疗开支巨大,父母双方需要全程陪护,无法正常工作,家庭无稳定收入,经济困难,无力承担后续治疗和开支,特申请救助</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蔡 2026年 6月 2日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿蔡 2026-4-15于我科诊断颅内生殖细胞瘤,拟行化疗,放疗在内的综合治疗,预计总费用 贰拾元。						
	医师签名: 林伟吟 2026年 6月 2日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 377元 (大写: 3万 仟 一 佰 柒 拾 七 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2026年 6月 2日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00元 (大写: 贰万 伍 仟 一 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟吟 2026年 6月 2日 秘书处							



廣東公益恤孤助學促進會
Orphan Education Society Guangdong

“普及深呼吸共愈计划”病童救助专项
救助款收据

病童姓名：蔡 [模糊] 性别：女 年龄：5岁
病种：生殖细胞肿瘤 治疗医院：中山大学孙逸仙纪念医院（花柳院）

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元（大写：人民币贰万伍仟元），将作为蔡 [模糊] 的治疗费用。

受助人（监护人）：蔡 [模糊]
电 话：[模糊]
见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）： /
电 话： /
经办人：林 [模糊]
电 话：189 2452214
日 期：2026 年 6 月 24 日

项目救助款由  哥弟善及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

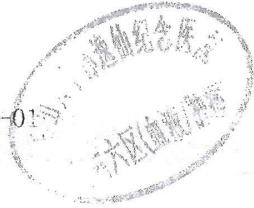
姓名:蔡 性别:女 年龄:5岁1月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号: 住院号:

姓名:蔡 住院号 出生地:广东省揭阳市榕城区
性别:女 年龄:5岁1月 科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-04-10 出院日期:2026-04-22

临床诊断:1.化疗后骨髓抑制(III°); 2.颅内生殖细胞瘤; 3.全垂体功能减退; 4.粒细胞缺乏(II°); 5.贫血(III°); 6.电解质紊乱; 7.维生素D缺乏症;

治疗意见:
详见出院小结

记录日期:2026-05-01



医生:

黎阳

家庭经济情况证明

兹有我社区（村委会）居民（村民）蔡（患儿监护人姓名），身份证号 ，家庭人口共8人，家庭年收入为约30000元。

其子/女蔡（患儿姓名），身份证号 ，患有颅内占位性病变，生殖细胞瘤（疾病名称），已在中山大学孙逸仙纪念医院接受治疗。因孩子治疗费用支出高，家庭经济负担重，基本生活出现困难。

以上所述属实，特此证明。

村（居）委会经办人签字：蔡

联系电话：

（盖章）

2026年5月13日

