

## 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: 2026444

申请日期: 2026年5月28日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	郭		男	2014.7.6		广东		
	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		广州市妇女儿童医疗中心	2019.8	50万		/	<input checked="" 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 85%	<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>3</u> 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>55000</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>无</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	郭	47	良好		
	母亲	朱	43	良好		

申请救助理由(请详细描述):  
 从2019年确诊,前后三次复发,已经花光了家里所有积蓄,也借遍了所有的亲戚朋友,现在第四次复发,费用较大,实在困难,为了让他继续得到治疗,向贵基金寻求帮助,希望贵基金帮助我们让他得以后续治疗  
 本人保证上述情况完全真实。  
 申请人签名: 郭 2026年5月28日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	50万	稳定性神经节神经母细胞瘤
	医师签名:	李海涛	2026年5月28日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖夏 2026年6月10日	

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥ 40,000.00元 (大写: 肆万元整)

负责人签名: 林华 2026年6月22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: 郭	性别: 男	年龄: 12岁
病种: 神经母细胞瘤	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 40,000 元 (大写: 人民币肆万元整), 将作为郭 的治疗费用。

受助人 (监护人): 郭

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22日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：郭 性别：男 年龄：11岁 科别：增-肿瘤外科1组 床号： 住院号：

诊断：1. 手术后恶性肿瘤化学治疗 2. 腹膜后腔恶性肿瘤（转移性神经节神经母细胞瘤） 3. 低蛋白血症 4. 重度营养不良伴消瘦

医嘱及建议：患儿于2026-05-20至今我院肿瘤外科住院治疗，特此证明。

医师签名：杨天佑/李嘉豪/李海涛/陈子红 李海涛  
日期：2026/5/22 10:03:36

- 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。





