

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: 2026540

申请日期: 2026 年 7 月 6 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	赖		女	2020.8.1			福建省上杭县		
	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	
	脓毒性休克、脓毒血症、重症肺炎、真菌感染		广州市妇女儿童医疗中心增城院区	2026.6.2	50万+		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /	
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☒ 其他保险 %	☐ 无		
						45 %			
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 3 名;			
	父亲	丘	37	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 57000 元			
申请救助理由(请详细描述)	母亲	张	25	健康		3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车			
						4、家庭困难类型:			
						☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明;			
						☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
本人女儿赖 岁11个月,确诊脓毒性休克、脓毒血症、真菌感染、重症肺炎、细菌性肺炎。目前在广州市妇女儿童医疗中心增城院区PICU住院治疗。孩子在福建省儿童医院住院20多天,花费25万治疗后无明显好转,于2026年6月4日转入该院。 我们夫妻二人收入微薄,家中还有2个未成年子女需要抚养,目前只有学平险可以报销,但跨省比例不高且物资项目,家中无积蓄,现向贵会申请救助恳请帮扶。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2026年 7 月 6 日									
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 重症肺炎、脓毒性休克、脓毒血症、真菌感染、十二指肠穿孔、弥漫性腹膜炎、肠扭转、胰腺脓肿, 预计费用50万+。 医师签名: 胡培 2026年 7 月 7 日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥25000 元(大写: 贰万伍仟元 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年 7 月 7 日								
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元(大写: 贰万伍仟元) 负责人签名: 林钧泽 2026年 7 月 27 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: 赖 [redacted] 性别: 女 年龄: 5
病种: 重症肺炎 脓毒症 重症感染 治疗医院: 广东省广州市妇女儿童医疗区增城区
脓毒症休克

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), 将作为赖 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 叶伟彪

电 话: 18924052214

日 期: 2026年7月28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：赖 性别：女 年龄：5岁 科别：增-PICU1组 床号 住院号

诊断：1. 重症肺炎 2. 脓毒性休克 3. 呼吸衰竭 4. 脓毒血症 5. 十二指肠穿孔(术后) 6. 弥漫性腹膜炎 7. 肠扭转 8. 腹腔脓肿 9. 真菌感染

医嘱及建议：患儿于2026年6月24日至今在我院住院治疗。

医师签名：胡培丹

日期：2026-07-07 15:35:39

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。



家庭情况说明

兹有患儿赖，患腺垂体疾病，性别女，年龄5岁，是福建省（区、市）龙岩市（州）上杭县（区）都乡镇（街道）村民小组（居委会），（父亲：丘母亲：张）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：丘身份证号：

患儿母亲：张身份证号：

情况属实，特此证明。

母亲与患儿亲生父亲已分开，
未领结婚证。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：丘



2026 年 7 月 1 日

