

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: 2026554

申请日期: 2026 年 4 月 30 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		女	2017.10.10			湖南省	
	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
	慢性肾脏病5期		南方医科大学珠江医院	2025.7.30	150000 元			☐ 是 ☒ 否
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40 %	☐ 城镇居民 _____ %	☐ 商业保险 _____ %	☐ 其他保险 _____ %	☐ 无	残疾类型和级别: /
	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） 25000 元 3、固定资产: 1 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			
申请救助理由（请详细描述）	我叫张 8岁于2025年7月30号确诊为肾衰竭慢性肾脏病5期自确诊以来,我一直在积极接受治疗,但高昂的医疗费用已经让我的家庭不堪重负,目前的大部分医疗费用都是亲戚朋友的支持和借用,现在因孩子生病家中两个大人都在医院照顾,没有正式工作及稳定的经济来源,在此我真诚的向贵机构申请大病救助金,希望能够得到您的帮助和支持,让我有机会继续治疗,战胜病魔,谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2026 年 4 月 30 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患者诊断慢性肾脏病5期明确,后续需血液透析及肾移植手术治疗,肾移植手术及后使用药随访费用巨大,情况属实! 总费用超15万元。 医师签名: 林钧泽 2026 年 4 月 30 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 5 月 6 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元（大写: 叁万 一 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分） 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: 张 性别: 女 年龄: 8
病种: 慢性肾脏病5期 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币 叁万元整), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林伟强

电 话: 18924052218

日 期: 2026年7月28日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名: 张 科室: 器官移植中心病区 床号 ID号 住院号

科别: 器官移植中心病区	入院日期: 2026年04月25日
检查结果: 诊断意见: 慢性肾脏病5期 处理意见: 患者慢性肾脏病5期, 后续需行肾移植治疗 医生签名: 刘永先 日期: 2026年04月27日	

签发单位: (盖章)



证 明

兹有凉水井镇 村民，姓名：张 性别：女，
身份证号码 为我乡镇在册农村低保
对象。

特此证明

凉水井镇民政所

2026 年 4 月 30 日

