

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: 2026555

申请日期: 2026 年 7 月 9 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李	男	2015.9.21			江西南昌	
	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
	小脑绒毛膜瘤	南方医科大学珠江医院	2026.5.12	30万元			☒ 是 ☐ 否
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 10-50 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
			残疾类型和级别:				
申请救助理由(请详细描述)	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 2 名;		
	父亲 李	49	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 35000 元		
	母亲 李	45	健康		3、固定资产: 0 套房子; 2 辆摩托车; 0 辆小汽车		
医院填写	4、家庭困难类型:				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		
	小儿子李 10岁, 2026年5月于广州南方医科大学珠江医院手术, 患有小脑绒毛膜瘤, 手术后, 需长期化疗, 放疗休养。医药支出大, 家庭经济收入低。大儿子李 15岁, 9月份开始上高中。				本人保证上述情况完全真实。		
申请救助理由(请详细描述)				申请人签名: 李 2026 年 7 月 9 日			
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断小脑绒毛膜瘤, 后续需化疗及放疗, 治疗费用需30万元				医师签名: 杨 2026 年 7 月 9 日		
	医院意见(盖章):				建议给予医疗救助金 ¥ 35000 元 (大写: 叁万伍仟元整)		
	负责人签名: 南方医科大学珠江医院 2026 年 7 月 13 日						
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ 35,000.00 元 (大写: 叁万伍仟元整)							
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:	龚	性别:	男	年龄:	10
病种:	小脑绒毛膜瘤	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 35,000 元（大写：人民币叁万伍仟元），将作为龚 的治疗费用。

受助人（监护人）: 秦

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7月28日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：龚 科室：小儿血液科病区 床号 ID号 住院号

科别：小儿血液科病区	入院日期：2026年06月16日 出院日期：2026年06月20日
检查结果： - 诊断意见： 1. 绒毛膜癌化学治疗；2. 小脑绒毛膜癌；3. 外周性早熟 处理意见：住院治疗。 医生签名： 张文鑫 日期：2026年06月20日	

签发单位：（盖章）



桂林市雁山区城市
广西壮族自治区农村居民
最低生活保障证

发证机关(盖章)
2026 年 7 月 2 日

保障证编号

户主姓名	李		相 片			
性 别	男					
出生年月	1977 年 2 月					
民 族	汉					
身份证号码						
户籍人数	4	批准享受低保人数	1			
家庭住址	桂林市雁山区					
享受低保家庭成员						
姓名	与户主关系	性别	出生年月	户籍类别	残疾状况	职业
李	子	男	2015.9	农业	无	

审核情况

初次批准 起止日期	从 2026 年 1 月起 至 2026 年 12 月止
审核时间	2026 年 7 月 2 日
批准续保 起止日期	从 2026 年 1 月起 至 2026 年 12 月止
审核时间	年 月 日
批准续保 起止日期	从 年 月起 至 年 月止
审核时间	年 月 日
批准续保 起止日期	从 年 月起 至 年 月止
审核时间	年 月 日
批准续保 起止日期	从 年 月起 至 年 月止
审核时间	年 月 日

