

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: 2026561

申请日期: 2026年 7 月 13 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	朱		女	2026.04.08			广东省肇庆市高要区	
	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
	重症肺炎 呼吸衰竭 百日咳 肺不张 脓毒血症 肺脓肿		于州市 妇幼保健院 儿科中心	2026年5月 16日	20万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 <u>60</u> %	☐ 城镇居民 <u> </u> %	☐ 商业保险 <u> </u> %	☐ 其他保险 <u> </u> %	☐ 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>4万</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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			
	父亲	朱	35	健康				
	母亲	郑	36	高血压				
申请救助理由 (请详细描述)		因近期出生的小女儿患上百日咳重症肺炎, 需要长期治疗, 所用费用巨大, 现时全家仅靠我一人工作工资负担不上, 加上妻子因生产完毕, 身体虚弱不能工作, 只能居家带娃休养, 无工作, 无收入来源, 家中另有两名女儿在就读书, 教育、生活各项开支巨大, 经济现时经济压力大。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 朱 2026 年 7 月 13 日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 1. 重症肺炎 2. 呼吸衰竭 3. 脓毒血症 4. 百日咳 5. 百日咳肺不张 6. 百日咳肺气肿 ; 预计治疗费用: 20 万 医师签名: 余 2026 年 7 月 13 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>25000</u> 元 (大写: 贰万伍仟元 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026 年 7 月 14 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>30,000.00</u> 元 (大写: 叁万元整) 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: 朱 [redacted] 性别: 女 年龄: 3月
病种: 百日咳重症肺炎, 肺不张, 呼吸衰竭, 百日咳脑病, 败血症
治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心 珠江新城

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), 将作为朱 [redacted] 治疗费用。

受助人 (监护人): 朱 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 柯代红

电 话: 18924052214

日 期: 2026年7月30日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 朱 性别: 女 年龄: 1月 科别: 珠-PICU1组 床号 住院号

诊断: 1. 重症肺炎(百日咳杆菌、鼻病毒、嗜麦芽窄食单胞菌、阴沟肠杆菌复合群) 2. 百日咳(重症) 3. 百日咳肺气肿 4. 百日咳肺不张 5. 百日咳脑病 6. 呼吸衰竭 7. 肺动脉高压 8. 脓毒血症(百日咳杆菌、嗜麦芽窄食单胞菌) 9. 休克 10. 毛细血管渗漏综合征 11. 肾功能不全 12. 肝功能不全 13. 巨细胞病毒病(脑脊液、血液及痰液) 14. 听觉异常, 其他特指的(双侧听觉传导通路损伤) 15. 中央型房间隔缺损(卵圆孔型)

医嘱及建议: 患儿于2026.05.16至2026.07.10在我院住院治疗。

医师签名: 林涌涛 / [REDACTED]

日期: 2026-07-10 14:38:24



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。

兹有我村村民：朱 身份证号：

住址：肇庆市高要区金利镇

经村委会核实，该村民家庭情况属实：

该户家庭全家仅靠户主一人务工收入维持全家生活，家庭人口多、负担重。近期因小女儿身患疾病，长期就医治疗，医疗花费数额较大；配偶刚生产完毕，身体虚弱，居家带娃休养，已无工作及收入来源；家中另有两名女儿在校读书，教育、生活、医疗各项开支巨大。

综上，该家庭现阶段收入单一、入不敷出，家庭经济确实困难，生活压力极大，属于本村经济困难家庭情况属实。

特此证明，用于办理家庭经济困难帮扶、救助相关事宜使用。

村民委员会（盖章）

经办人：李

联系电话：

2026 年 7 月 13 日

