

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: 2026566

申请日期: 2026年7月27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	2019.7.18			贵州省威宁县	
	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
	先天性心脏病		威宁县人民医院	2020.12	6万			☐ 是 ☒ 否
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50%	☐ 城镇居民	☐ 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 2000 名;			
	父亲 李	42	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 20000元			
医院填写	母亲 赵	29	健康		3、固定资产: /套房子; /辆摩托车; /辆小车			
					4、家庭困难类型:			
两个小孩子都有先天性心脏病,需要手术,夫妻二人均务农为生,偶尔打点零工补贴家用收入较低,家中一共五个孩子,需要养育还要欠账养双方父母,实在无力承担手术费用,今特申请重症、困难儿童资助,谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 赵 2026年7月27日								
疾病诊断及治疗（费用）: 先天性心脏病 肺动脉高压 预计总费用6万 医师签名: 吴田 2026年7月27日								
医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥10000 元（大写: 壹万 仟 佰 拾 元 零 分） 负责人签名: 林钧泽 2026年7月27日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥10,000.00 元（大写: 壹万元整） 负责人签名: 林钧泽 2026年8月3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: 李 性别: 男 年龄: 7岁
病种: 先天性心脏病 治疗医院: 中国人民解放军南部战区总医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币 壹万元整), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林传福

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 8 月 4 日

中国人民解放军南部战区总医院

姓名：李 科室：心胸外科心外病区 床号 ID号 住院号

诊断证明

入院日期：2026-07-27

病情摘要：患者因“室间隔缺损”就诊于我科，拟行手术治疗。

当前诊断：1. 先天性心脏病 1.1室间隔缺损 1.2心功能II级

医生意见：继续住院治疗，拟行手术治疗。

医院地址：广东省广州市流花路111号

经治医师：吴涵潇 手签：吴涵潇
2026-07-27
南部战区总医院
(诊断专用章)



证 明

兹有我梨坪社区 居民李 男，汉族，身份证号 父亲李 男，汉族，身份证号 在外务工；母亲赵 女，汉族，身份证号 在家务农。李 与赵 共生育 5 个子女，要抚养的子女比较多，无固定性经济收入，家庭主要收入来源为务农及偶尔打零工，情况属实。

特此证明

梨坪社区居民委员会

2026 年 7 月 24 日



