

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: 2026574

申请日期: 2026 年 7 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		
	湛	男	2022.5.22		贵州省普定县马官镇		
	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	广州医科大学 附属第一医院	2022.5	622		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别: /
	购买保险情况及报 销比例	☒ 新农合 40-50%	☐ 城镇居民 ____%	☐ 商业保险 ____%	☐ 其他保险 ____%	☐ 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>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>40000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</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	湛	28	良好	
	母亲	郭	29	良好	

申请救助理由（请详细描述）

家庭人口共 5 人，劳动力仅 1 人，收入来源均靠务工，爷爷奶奶年龄大，长期需吃药，孩子有先天性心脏病，经常感冒发烧，看病吃药的花费很大，因照顾孩子，工作上经常请假，导致本就微薄的工资经常被扣钱，入不敷出，更加无力支付小孩先天性心脏病手术治疗费用。

本人保证上述情况完全真实。

申请人签名: 郭 2026 年 7 月 30 日

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:	诊断: 先天性心脏病 + 2 次肺炎 + 1 次支气管炎，治疗费用 622 元
	医师签名:	郭 2026 年 7 月 30 日
	医院意见（盖章）:	建议给予医疗救助金 ¥ 5000.00 元（大写: 伍仟元整） 负责人签名: 林 2026 年 7 月 30 日

广东公益恤孤助学促进会意见:

同意救助 ¥5,000.00 元（大写: 伍仟元整）（易娱志）

负责人签名: 林 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

(易娱公益项目)

病童姓名: 譚	性别: 男	年龄: 4岁
病种: 先天性心脏病	治疗医院: 广州医科大学附属第一医院	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币伍仟元整), 将作为譚 的治疗费用。

受助人 (监护人): 郭

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2026年8月4日



疾病诊断证明书

姓名: 谢

性别: 男

年龄: 4岁

住院号

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

诊断: 房间隔缺损

此证

主诊科 (盖章)



主诊医师: 王凯**

医务科 (盖章)

日期: 2026年7月30日



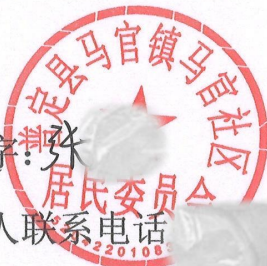
证明

兹有贵州省普定县马官镇 常住村民 谌
男，汉族，身份证号 该村民以务工
为主要收入，年收入大概在 40000 元。该村民有一患有先天
性心脏病的孩子 谌 （男，汉族，身份证号：
因孩子身体原因，经常需检查就医，
为照顾孩子无额外收入，家庭收入低，生活困难，情况属实。
特此证明。

单位盖章：

经办人签字：

单位经办人联系电话：



2026.7.27

