

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: 2026674

申请日期: 2026 年 9 月 2 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	梁	男	2024.11		广东·湛江·廉江		
	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
	神经母细胞恶性肿痛	广州市妇女儿童医疗中心	2026.3.	200万以上		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
	购买保险情况及报销比例	☐ 新农合 ____ %	☒ 城镇居民 60 %	☐ 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 4 名; 3.65-4.83		
	父亲 梁	43	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) _____ 元		
	母亲 /	/	/	/	3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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)	本人之子梁 确诊神经母细胞恶性肿痛高危,需长期就医治疗,医疗开支巨大,现要面临移植,后续还要化疗,放疗,免疫.靶向治疗,家中除患儿外,还有两位老人,3名小孩需要靠自己一人自行抚养,照顾,因长期陪护无任何收入,家庭负担沉重,走投无路,恳请给养,本人保证上述情况完全真实。予申请救助。 申请人签名: 梁 2026 年 9 月 2 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断神经母细胞恶性肿痛,治疗费用巨大,20万以上。						
	医师签名: 邱祥元 2026 年 9 月 2 日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥40000 元(大写: 肆万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖夏 2026 年 9 月 2 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) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 9 月 7 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: 梁 性别: 男 年龄: 14岁 9个月
病种: 神经母细胞恶性肿瘤 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

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), 将作为梁 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 阮依文

电 话: 18924052214

日 期: 2026年9月8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：梁 性别：男 年龄：1岁7月 科别：珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 手术后恶性肿瘤化学治疗 2. 造血干细胞动员 3. 神经节神经母细胞瘤 4. 蛋白质-能量营养不良

医嘱及建议：患儿于2026-07-14至2026-08-14在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：/ 江 宇 / 顾 祥 杰 / 王晓芳

日期：2026年08月14日 10:00:00

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。



廉江市石城镇官垌村民委员会

地址：廉江市石城镇官垌村

电话

家庭经济情况证明

兹有我村委会科 村民梁 患儿监护人姓名)，身份证号

家庭人口共 7 人，家庭年收入为 0 元。

其儿子梁 （患儿姓名），身份证号 患有 神经母细胞恶性肿瘤（疾病名称），已在 广州妇女儿童医疗中心/浙江大学医学院附属儿童医院 医院接受治疗。因孩子治疗费用支出高，导致家庭贫病交加，家庭经济负担重，生活非常困难，属我村委困难家庭。

以上所述属实，特此证明。

村（居）委会经办人签字

联系电话：

（盖 章）

2026 年 7 月 20 日

