

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: 2026702

申请日期: 2026 年 8 月 6 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	翁		女	2024.2.1			广东汕头	
	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
	胶质瘤		南方医科大学珠江医院	2025.9.3	30万左右			☐ 是 ☒ 否
	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: /
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 3 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 80000 元 3、固定资产: 1 套房子; 1 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		
	父亲	翁	37	高血压病				
	母亲	吴	33	贫血				
申请救助理由 (请详细描述)	家庭七口人, 父母年老, 二个小孩上学, 家庭收入全由爸爸一人打工所得, 幼女患病至今一年, 花光所有, 还借遍亲朋好友, 此后, 还有 8-10 疗程家庭已无力承担医疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 翁 2026 年 8 月 6 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 患儿诊断为弥漫性儿童型高级别胶质瘤, 治疗费用需 20 万元左右 医师签名: 翁 2026 年 8 月 6 日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万元 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 委员会 2026 年 8 月 21 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万元 整) 负责人签名: 林钧泽 2026 年 9 月 7 日 秘书处							



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: 翁	性别: 女	年龄: 2 ⁺ 6个月
病种: 高级别胶质瘤	治疗医院: 广州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 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为翁 的治疗费用。

受助人 (监护人): 吴

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2016年9月9日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：翁 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05月27日 出院日期：2026年06月12日
检查结果： 诊断意见： 1. 高级别胶质瘤放射治疗；2. 左侧丘脑弥漫性儿童型高级别胶质瘤（TP53体系突变，CDKN2A杂合缺失）；3. 梗阻性脑积水；4. 继发性血小板减少 处理意见：住院治疗。 医生签名：赖尚蓉 日期：2026年06月12日	

签发单位：（盖章）



家庭困难证明书

兹有我村村民翁 男，1990 年 1 月 24 日出生，身份证号码 该员家庭人口 7 人，父母年老在家，三个子女年幼，妻子在家照看孩子操持家务，经济来源全靠翁 打工收入，因其小女儿翁 患脑癌一年多，动过手术，每月化疗，为凑医疗费借遍亲朋好友，家庭已无力承担医药医疗费。情况属实。

特此证明



