

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: 2026714

申请日期: 2026年8月24日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		女	2021年11月19日			广东省东莞市	
	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
	神经母细胞瘤 四期高危		广州市妇女儿童医疗中心	2026年6月1日	300万元		/	☐ 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 55 %	☐ 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 2 名;		
	父亲	陈	28	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 8万 元		
	母亲	李	28	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 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)		患儿确诊神经母细胞瘤四期高危晚期,存在纵膈厚发灶,全身转移,脑膜转移,骨髓浸润。现在医院化疗,后续需要长期化疗、手术、移植、放疗、免疫治疗等。患儿身体恢复较慢,经常输血血小板,到各医院就诊,长期往返医院治疗。家中还有2名老人和1名幼儿需要照顾。医疗费较高,医保报销后,个人自费刚性医疗支出导致家庭经济困难特此申请大病救助,恳请帮扶,万分感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2026年8月24日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 腹腔镜下恶性肿瘤(神经节神经母细胞瘤) 50-100万 纵膈							
	医师签名: 李海清 2026年8月24日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖文 慈善基金会 2026年8月25日							
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟元) 负责人签名: 林钧泽 2026年9月14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: 陈 [redacted] 性别: 女 年龄: 4岁
病种: 神经母细胞瘤高危 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 陈依亮

电 话: 18924052214

日 期: 2016年9月15日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 陈 性别: 女 年龄: 4岁 科别: 增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊 断: 1. 恶性肿瘤免疫治疗 2. 手术后恶性肿瘤化学治疗 3. 纵隔恶性肿瘤(神经母细胞瘤) 4. 椎管内继发恶性肿瘤
5. 化疗后骨髓抑制 6. 继发性血小板减少 7. 药物性中性粒细胞减少症 8. 重度贫血

医嘱及建议: 患儿于2026-07-24至2026-08-11于我院增城院区肿瘤外科住院治疗, 特此证明。

医师签名: 杨天佑/李嘉豪/李海涛/ 李海涛

日 期: 2026年08月11日 12:00:00

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。



附件

家庭经济情况说明

兹有我社区（村委会）居民（村民）陈（法定监护人），身份证号 ，家庭住址湖北省通城县其子/女陈（申请救助儿童姓名），身份证号 ，患有神经母细胞瘤高危疾病，已在广州市妇女儿童医疗中心（医院名称）接受治疗。因孩子治疗费用较高，家庭经济负担重，基本生活出现困难，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：陈 身份证号：

患儿母亲：李 身份证号：

以上所述属实，特此说明。

村（居）委会经办人签字：李

联系电话：

（盖章）

2020年8月12日

