

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026719

申请日期: 2026 年 8 月 13 日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	高		男	2022年8月31			广东省东莞市石碣镇	
	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
	神经母细胞瘤4期高危		广州市妇女儿童医疗中心(增城院区)	2026年4月18日	100万			是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☐ %	☒ 城镇居民 ☒ % 68.1% (医保)	☒ 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>3</u> 名:		
	父亲	高	27	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>50000</u> 元		
	母亲	邹	27	健康		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		
患儿确诊神经母细胞瘤晚期高危,现每21天入院化疗及免疫治疗1次,长期往返医院持续治疗。父亲月收入5000元为唯一经济来源,母亲全职陪护无收入,家中还有2名幼儿需抚养。后续那西妥单抗费用高昂,医保后自付压力大,积蓄耗尽,特此申请救助,恳请帮扶 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 邹 2026年 8 月 12 日								
医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用): 腹膜后腔恶性肿瘤(神经节神经母细胞瘤) 50-100万 医师签名: 李海清 2026年 8 月 17 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>20000</u> 元 (大写: 贰 万 零 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 王少华 2026年 8 月 17 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>30,000.00</u> 元 (大写: 叁 万 零 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年 9 月 14 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: 高	性别: 男	年龄: 4岁
病种: 神经母细胞瘤	治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心增城院区	

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), 将作为高 治疗费用。

受助人 (监护人): 余

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 9 月 16 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：高 性别：男 年龄：3岁 科别：增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断：1. 腹膜后腔恶性肿瘤（神经节神经细胞瘤）

医嘱及建议：患儿于2026-08-11至2026-09-02在我院增城院区肿瘤外科住院治疗，特此证明！

医师签名：李磊 /

日期：2026年09月02日 11:00:00

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。



揭 西 县

五经富镇泮坑村第九届村民委员会

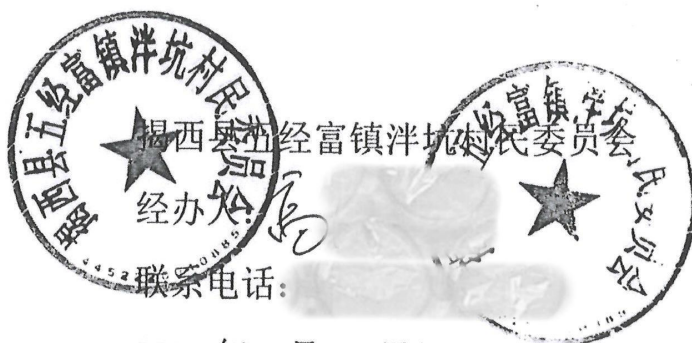
情况说明

兹有患儿高 患神经母细胞瘤 4 期疾病，性别男，
年龄 4 周岁，是广东省揭阳市揭西县五经富镇泮坑村委，高
村民的儿子。因治疗费用较高，家庭收入较低，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爱
心救助。

患儿父亲:高 身份证号码

患儿母亲:邹 身份证号码

情况属实，特此证明！



2026 年 9 月 14 日



扫描全能王 创建

