

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: 2026720

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	
	谢		男	2023.01.04			广东·梅州	
	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
	原发性免疫缺陷		广州妇女儿童医疗中心 珠江新城院区	2025.11.19	20400			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 65 %	☐ 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			
	父亲	谢	35	精神正常				
	母亲	林	32	良好				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>5 万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</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								
申请救助理由(请详细描述): 因罹患原发性免疫缺陷疾病,自出生以来花费医疗费用 25 万元,扣除医保报销自付仍达 13 万元,本人系谢 爸爸,自身患精神分裂症十几年了,无法去工作,依靠政府发放低保金维持自身的生活,家中尚有与林 弟过来共同生活无血缘关系的儿子需要见营养,谢 近期外购抗排斥药以及频繁入院维持治疗,每个月将近两万元的开支仅靠孩子母亲 4500 块工资收入,无力承担后续医疗费用,特向贵基金会申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谢 2026 年 08 月 13 日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断: 原发性免疫缺陷病, 行骨髓移植手术, 术后随访, 本病, 拟 治疗: 广州妇女儿童医疗中心, 费用约 30-40 万 医师签名: 2026 年 8 月 13 日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20,000 元 (大写: 贰 万 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 王 2026 年 8 月 21 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 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: 謝	性别: 男	年龄: 3岁8个月
病种: 原发免疫缺陷	治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心, 珠江新城院区	

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), 将作为謝 的治疗费用。

受助人 (监护人): 謝

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依云

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: 谢 性别: 男 年龄: 3岁 科别: 增-免疫与风湿科1 床号 住院号
组

诊断: 1. 原发性免疫缺陷 (CD40L缺陷) 2. 治疗后恢复期

医嘱及建议: 患儿于2026-09-11至2026-09-11在我院增城-免疫与风湿科1组住院治疗。

医师签名: 朱新梅/

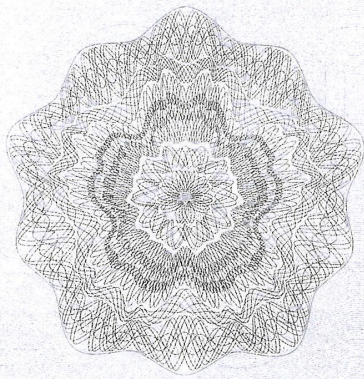
日期: 2026年9月11日

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。





户主
照片

(核发单位加盖钢印)

核发单位: 丰顺县民政局

发证日期: 2025-12-2

户主姓名: 林

身份证号码:

编号:

户主姓名	林	性别	男
出生年月	2023-1-4	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	3
居住地址			
户籍地址	埔寨镇		
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	林	父母	
	李	兄弟姐 妹	
	以下空白		

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

