

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: 2026740

申请日期: 2026年 9月 11日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	罗		女	2016-9-11			广西宾阳县宾州镇	
	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
	心脏扩张型心肌病		广州妇女儿童医院	2026-8-1	30万到40万		1	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 30%	☐ 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	罗	37	良好				
	母亲	冯	38	良好				
1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 4 到 5 万元 3、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）	女儿罗 确诊扩张型心肌病 1 月心力衰竭 目前在广州妇女儿童医院治疗前其月花费 10 万左右后面做心脏移植手术后面还需要住院 1-2 个月治疗、我们是异地就医 夫妻二人被迫停工陪护目前已无力承担后面高额医疗费 特此申请救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 罗 2026 年 9 月 11 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患者罗 因“咳嗽、呕吐 1 周，发现心脏占位 2 天”于 2026-8-1 入院治疗，诊断“扩张性心肌病”明确，2026-9-7 行心脏原位移植术，现花费 11 万余元，预计费用 20 万元。 医师签名: 陈雨灵 2026 年 9 月 11 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 35000 元（大写: 叁万 伍仟 元 角 分） 负责人签名: 王靖文 2026 年 9 月 15 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 五千元） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 9 月 21 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: 罗 性别: 女 年龄: 10岁
病种: 扩张心肌病, 心力衰竭. 治疗医院: 广州市妇女儿童医院 (珠江新城)
907号心脏移植手术

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), 将作为罗 的治疗费用。

受助人 (监护人): 罗

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): /

电 话: /

经办人: 邓可

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2026年 9 月 22 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：罗 性别：女 年龄：9岁 科别：珠-CICU1组 床号 住院号：

诊断：

1. 扩张性心肌病(充血性心肌病) 2. 心力衰竭(D期)

医嘱及建议：患儿因“咳嗽、呕吐1周，发现心脏占位2天”于2026-8-1入院治疗，2026-9-7我院行心脏原位移植术+临时起搏导线安置术+肺动脉测压管安置术，术后于CICU监护治疗，特此证明。

医师签名：陈敏 /

日期：2026-9-11 11:49:00



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。

家庭情况说明

兹有我广西宾阳县宾州镇顾明村委会 罗
身份证号: 家庭 4 口人, 本人在广东中山
务工; 配偶 在家务农; 儿子罗 就读 ; 女儿
罗 就读 患扩张性心肌病, D 期心力
衰竭, 需要动手术, 长期服药治疗, 花费大, 导致生活经济比较
困难, 情况属实。

特此证明

宾阳县宾州镇顾明村村民委员会

经 办 人: 朱

联系电话: 5012610

2026 年 09 月 09 日

