

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: 2026743

申请日期: 2026年 9月 1日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		男	2023.3.29			广西	
	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
	非典型畸胎样/横纹肌样瘤		南方医科大学珠江医院	2026年6月24日	40万			☒ 是 ☐ 否
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>2</u> 名;		
	父亲	陈	36	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>7.2万</u> 元		
申请救助理由(请详细描述)	母亲	陈	32	健康		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</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	
幼儿患病以后,爸爸一起帮忙照顾,导致收入不稳,妈妈一直是全职妈妈,家中也有长辈需要长期吃药,透析.幼儿医疗花费较大,也要承担日常开支,经济负担加重,特此申请求助.恳请予帮助(幼儿听力障碍) 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 陈 2026年 9月 1日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为非典型畸胎样/横纹肌样瘤,后续需化疗,手术,自体干细胞移植,费用需40万元 医师签名: 张 2026年 9月 1日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元(大写: 叁万零佰零拾元零角零分) 负责人签名: 2026年 9月 4日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>35,000.00</u> 元(大写: 叁万伍仟玖佰元) (盖章: 广东公益恤孤助学促进会) 负责人签名: 林钧泽 2026年 9月 21日 (盖章: 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	性别:	男	年龄:	3岁6个月
病种:	非典型性麻疹样 横纹肌样病	治疗医院:	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 35,000 元（大写：人民币叁万伍仟元），将作为陈 的治疗费用。

受助人（监护人）: 陈

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: 2016年 9 月22 日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：陈

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07月06日

出院日期：2026年07月15日

检查结果：详见出院小结。

诊断意见：

1. 非典型畸胎样/横纹肌样瘤化学治疗；2. 右侧桥小脑角非典型畸胎样/横纹肌样瘤（AT/RT）；3. 运动障碍；4. 吞咽困难；5. 肺炎；6. 铜绿假单胞菌感染；7. 白细胞减少

处理意见：住院治疗。

医生签名：

张芝芳

日期：2026年07月15日

签发单位：（盖章）



证明

兹证明 陈 (身份证号码:)

家庭住址: 广西藤县)

为农村低保救助对象。

开始享受日期为: 2026年08月01日

该证明开具日期为2026年08月14日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

藤县民政局
2026年08月14日
经办人:
联系电话:

