



广东公益恤孤助学促进会“善及深呼吸共愈计划”病童救助专项申请表

编号: 2026755

申请日期: 2026年6月28日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	刘		男	2018年1月17日			江西赣州会昌县	
	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		中山大学孙逸仙纪念医院	2019年3月	35万元			☐ 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 50 %	☐ 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 1 名;			
	父亲 刘	28	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 6500 元			
	母亲 赖	26	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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): 是我们现在唯一的孩子,三个家庭,几代人的希望,从小一岁就开始了漫漫治疗长路,吃尽了苦头,原以为生活能回归正常了,不幸出现了第三次的复发,几经辗转多家医院寻求治疗方法,幸得医生们都还还有机会,孩子的求生欲望也很强烈,我们虽然一贫如洗,欠下不少外债,家中老人身体也都不好,有长期慢性病需要治疗吃药,但我们都不想放弃他,跟孩子一起寻求一线生机,希望能得到贵会的扶持和帮助,让这条鲜活的8岁生命得以延续,早日回归正常生活,感谢、感恩、好人一生平安! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 赖 2026年6月28日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 神经母细胞瘤 预估费用三十万元。							
	医师签名: 胡 2026年6月12日							
	医院意见(盖章):							
建议给予医疗救助金 ¥ 572 元 (大写: 5 万 7 千 2 百 元 角 分)								
负责人签名: 林伟明 2026年8月25日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟元)								
负责人签名: 林伟明 2026年9月21日 秘书处								



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名：刘 性别：男 年龄：8
病种：神经母细胞瘤 治疗医院：中山大学孙逸仙纪念医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元），将作为刘 的治疗费用。

受助人（监护人）：蔡

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：18924052214

日 期：2026年9月23日

项目救助款由  哥第菩及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:刘 性别:男 年龄:8岁5月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:刘	住院号	出生地:广西壮族自治区南宁市江南区
性别:男	年龄:8岁5月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-06-29		出院日期:2026-07-10
临床诊断:1.为肿瘤化学治疗疗程; 2.神经母细胞瘤(复发,右侧肱骨,右侧腋窝淋巴结转移); 3.化疗后骨髓抑制(IV°); (1) 粒细胞缺乏(IV°); 4.电解质紊乱; (1) 低钾血症; (2) 低钙血症;		
治疗意见:		
记录日期:2026-07-10	医生: 黎阳	

证明

兹证明 赖 (身份证号码:)
家庭住址: 青秀区 ,
家庭为城市低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2021年11月01日

该证明开具日期为2026年03月30日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	赖		03月	2021年11月01日
2	刘		03月	2021年11月01日
3	文		03月	2024年12月01日

南宁市青秀区中山街道办事处 (盖章)

2026年03月30日



