

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: 2026756

申请日期: 2026年08月10日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	余	女	2024.02			广东湛江	
	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(肿瘤科)	26年1月	40万		/	☐ 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 50-60 %	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 无	
病童家庭情况	姓名	年龄	健康状况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 / 名;		
	父亲 余	36	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 40000 元		
	母亲 余	38	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小汽车		
					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)	小女余 2岁 确诊高危四期神经母细胞瘤伴全身多发骨转移, 在中山大学孙逸仙纪念医院持续化疗, 后期需长期化疗, 昼夜治疗, 异基因移植, 总医疗费用极其高昂。父亲靠务工, 母亲失业, 治病早已掏空家中积蓄, 经济完全不堪重负, 无力支撑后续治疗费用, 特此申请医院救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 余 2026年08月10日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断神经母细胞瘤, 基因检测利胚系突变, 需化疗, 移植, 昼夜治疗, 总费用约肆拾万元。 医师签名: 胡晓敏 2026年08月17日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5万 (大写: 5万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林仲吟 2026年09月1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 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林钧泽 2026年9月21日						



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“普及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 余 性别: 女 年龄: 2岁
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院 (花新城)

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), 将作为余 的治疗费用。

受助人 (监护人): 32

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23日

项目救助款由  兄弟善及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:余 性别:女 年龄:2岁6月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:余	住院号	出生地:广东省湛江市赤坎区
性别:女	年龄:2岁6月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-08-21		出院日期:2026-08-28
临床诊断:1. 为肿瘤化学治疗疗程; 2. 神经母细胞瘤(复发,多发骨转移);		
治疗意见: 继续住院治疗。		
记录日期:2026-08-28		医生:黎阳

家庭情况说明书

本人余 性别男，身份证号码 现居于广东省湛江市东简镇潭水塘村。

现将家庭实际情况如实说明如下：

1. 家庭成员构成

父亲：余 退休，无收入

母亲：吴 退休，无收入

本人：余 职员

妻子：江 失业

女儿：余 2岁5个月，身患神经母细胞瘤（恶性肿瘤），长期化疗，以及吃药。

医疗开销巨大。

2. 家庭收入主要依靠本人平时的固定工资收入。

3. 家庭大额支出与困难情况：

（1）孩子身患重病，定期住院化疗和购药，每月固定医疗费用高昂，医保报销后还需自付大量医药费。

（2）家中无大额存款，前期的手术治疗基本花完存款。

（3）家中老人年迈，无退休金，日常赡养也需要支出。

承诺说明：

以上所述全部属实，无隐瞒、虚报情况。

说明人：

电话联系

日期：

2026年8月5日

潭水塘村民小组

4400080002543

