

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: 2026759

申请日期: 2026年8月12日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	邱		男	2020年8月2号			湖北省广州市杨浦区	
	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
	横纹肌肉瘤		中山大学孙逸仙医院	2026年6月9日	350000		/	☐ 是 ☐ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40 %	☐ 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	/	/	/	/			
	母亲	李	37	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>1</u> 名; <u>1-37</u> 元 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u> </u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</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								
申请救助理由（请详细描述） 患儿邱 现6岁，确诊后腹膜横纹肌肉瘤（儿童恶性实体瘤），目前在中山大学孙逸仙医院接受系统治疗，先后进行多周期化疗，后续还需要手术，放疗等长期治疗。 孩子患病后，家长需要长期陪护，无法正常务工。家庭经济条件困难，难以独自承担后续高昂的治疗费，万般无奈，特向广东公益恤孤助学促进会重症病童项目申请医疗救助，恳请给予帮扶，用于孩子治病，万分感谢！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李 2026年8月12日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断“横纹肌肉瘤（胚胎型）”明确，于2026-06-11开始CCOG-RMS-2016>>中危组方案化疗，治疗总费用约多拾万元。							
	医师签名: 林保岭				2026年8月12日			
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 5万 元（大写: 5万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 林保岭 2026年8月14日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 普及深呼吸共惠计划 病童救助专项 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

“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 邱 [redacted] 性别: 男 年龄: 6岁1个月
病种: 恶性肿瘤(横纹肌肉瘤) 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为邱 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李 [redacted]

电 话 [redacted]

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24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: 性别:男 年龄:5岁10月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床: 住院号:

姓名: 性别:男	住院号:	出生地: 湖北省随州市广水市
年龄:5岁10月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)	
入院时间: 2026-06-04	出院日期: 2026-06-23	
临床诊断: 1.腹膜后肿物; 2.横纹肌肉瘤((胚胎型, 3期, 中危组, 位置腹膜后、脊柱旁)); 3.化疗后骨髓抑制: (1) 中性粒细胞减少(III°); (2) 贫血(I°); 4.药物性肝损害(I°);		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期: 2026-06-23	医生:	

说明:

- 1、请检查医院盖章是否清晰;
- 2、在合作医院申请, 需提供合作医院开具的诊断证明;
- 3、通过媒体报道申请, 需提供现治疗的医院(必须是广州市公立医院)开具的诊断证明。

证明

兹有我村 村民李 女，身份证号：

之子邱 男，身份证号：

因患腹膜后恶性肿瘤，医疗费用过大，导致家庭困难，情况属实，特此证明！

杨田村村委会

2026年7月2日



