

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: 2026765

申请日期: 2026年 9月 15日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		女	2015.11.29			广东韶关	
	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
	早产儿 支气管发育不良		广州医科大学附属第一医院 新生儿科	2026.4.1	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 70 %	☐ 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	张	41	良好				
	母亲	陈	36	良好				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>1</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>5万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</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） 患儿张 因为早产，支气管软化问题，治疗费用较高，家境比较贫困，无力承担，故发出申请，望批准！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026年 9月 15日								
医院填写 疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 1. 起源于围生期的支气管肺发育不良(重度) 2. 支气管软化(重度) 3. 肺动脉导管未闭 4. 中央型房间隔缺损 5. 脑室扩大(双侧) 6. 肺水肿。治疗上费用起码需要90万。 医师签名: 叶明水 2026年 9月 16日 医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖良 2026年 9月 21日								
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元（大写: 贰万伍仟元） 负责人签名: 林钧泽 2026年 9月 28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: 张	性别: 女	年龄: 8个月
病种: 早产儿, 支气管软化	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(增城院区)	

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), 将作为张 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: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 9 月 29 日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：张 性别：女 年龄：6月 科别：增-NICU2组 床号 住院号

诊断：1. 起源于围生期的支气管肺发育不良 2. 支气管软化（左侧） 3. 肺动脉高压重度 4. 重症肺炎（产气克雷伯菌、金葡菌感染） 5. 动脉导管未闭 6. 中央型房间隔缺损（卵圆孔型） 7. 脑室扩张（双侧） 8. 肺气肿

医嘱及建议：2026.06.01至今在新生儿重症监护室（增）住院治疗。（此诊断证明仅用于申请基金用）

医师签名：叶晓丹

日期：2026/9/18 16:25:41

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

兹有患儿 张 ^{早儿}，患 先天性不良 疾病，性别 女，年龄 8个月 岁，是 广东 省（区、市）韶关 市（州）翁源 县（区）江尾 乡镇（街道）葱岭 村民小组（居委会），（父亲：张 母亲：陈 村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：张 身份证号：

患儿母亲：陈 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：



2016 年 9 月 15 日

