

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: 2026767

申请日期: 2026年 8 月 18 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	李		男	2021.06.11			广东省雷州市龙门镇
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	神经母细胞瘤		孙逸仙纪念医院	2025.9	100万		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
申请救助理由（请详细描述）	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 4 名；		
	父亲 李	43	良		2、家庭年收入（不含政府补贴） 30000 元		
医院填写	母亲 庞	38	良		3、固定资产: 无 套房子; 无 辆摩托车; 无 辆小车		
					4、家庭困难类型:		
本人是患儿 (男, 5岁) 母亲庞 孩子于2025年9月确诊高危组神经母细胞瘤, 先后接受多次化疗、手术及靶向治疗, 医药花费巨大。 家中共有4名未成年子女, 最小仅1岁多, 我无收入, 专职照顾多名孩子并陪护患儿。孩子父亲务农, 收入微薄不稳定, 还要赡养两位老人, 全家仅靠孩子父亲一人收入支撑。孩子后续还需要长期治疗, 医药费、往返就医的交通、食宿等开支巨大, 家庭已经无力承受。特此申请救助基金, 恳请给予帮扶, 缓解家庭经济困难, 帮助孩子继续完成治疗。万分感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 庞 2026年 8 月 18 日							
疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断为神经母细胞瘤（IV期, 骨髓侵犯, 多发骨转移）。 雷州市, 移植等后续费用大约为肆拾万元。 医师签名: 杨晓敏 2026年 8 月 18 日 医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 5万 元（大写: 五 万 一 千 一 百 一 拾 元 角 分） 负责人签名: 林伟明 2026年 9 月 9 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 五 千 一 百 一 拾 元 角 分） 负责人签名: 林钧泽 2026年 9 月 28 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：李 性别：男 年龄：5岁

病种：神经母细胞瘤 治疗医院：孙逸仙医院

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），将作为李 的治疗费用。

受助人（监护人）：阮

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：

电 话：

经办人：阮

电 话：18924052214

日 期：2016年9月29日

项目救助款由



哥第善及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:李 性别:男 年龄:5岁1月 科室:儿科六区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:李	住院号	出生地: 广东省湛江市雷州市
性别:男	年龄:5岁1月	科室:儿科六区(血液/肿瘤)
入院时间: 2026-07-16		出院日期: 2026-07-28
临床诊断: 1.为肿瘤化学治疗疗程; 2.纵隔肿瘤; 3.神经母细胞瘤; 4.化疗后骨髓抑制; (1) 血小板减少(II°);		
治疗意见: 详见出院小结。		
记录日期: 2026-07-28		医生: 儿科六区(血液/肿瘤)

