

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: 2026773

申请日期: 2026 年 9 月 3 日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	彭		男	2023年10月		海南省东方市	
	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(高危)		广州医科大学附属妇女儿童医学中心	2026年6月15日	100万元		
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 <u>1</u> 名;	
	父亲	彭	29	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>3万</u> 元	
申 请 救 助 理 由 (请 详 细 描 述)	母亲	卡	31	健康		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						
患儿 现年 2岁10个月, 确诊神经母细胞瘤(高危), 目前接受多程化疗联合免疫治疗, 后续还需继续化疗、免疫、放疗、维持等系列治疗, 病程长, 治疗费用高昂。家中共同生活 7 人, 需赡养老人 6 人(爷爷奶奶外公外婆、对多妹婚的婆婆及许多岁的太奶奶), 且老人负患多种疾病, 胃病, 腰椎间盘突出、骨质疏松椎体压缩骨折、中风等, 医药费开销巨大, 加上患儿重疾, 家庭经济更是雪上加霜, 无力支撑。现家庭只有孩子父亲打工, 收入微薄, 家庭年收入 3 万, 完全覆盖不了孩子高额医药费, 积蓄已耗尽, 无力承担后续治疗开支, 特此申请救助, 恳请基金会伸出援手, 延续年幼孩子的生命。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 卡 2026 年 9 月 3 日							
医 院 填 写	疾病诊断及治疗(费用): L2 期高危神经母细胞瘤, 需化疗、免疫、手术放疗等, 费用约 100 万 医师签名: 杨永红 2026 年 9 月 3 日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁 万 零 仟 零 拾 元 零 分) 负责人签名: 何靖夏 2026 年 9 月 8 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁 万 元 整) 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: 彭 [redacted] 性别: 男 年龄: 2岁11个月
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医学中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为彭 [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: [redacted]

经办人: 陈依红

电 话: 18924052214

日 期: 2016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：彭 性别：男 年龄：2岁9月科别：增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊断：1. 恶性肿瘤免疫治疗 2. 手术前恶性肿瘤化学治疗 3. 腹膜后腔恶性肿瘤（神经节神经母细胞瘤）

医嘱及建议：患儿2026-07-20至2026-07-31于我院肿瘤外科住院治疗。特此证明！



医师签名：杨天佑/李嘉豪/李海涛/

期：2026/7/31 9:10:34

李海涛

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

兹有患儿彭[]患神经母细胞瘤疾病（恶性肿瘤，高危），性别男，年龄2岁，是海南省东方市八所镇皇宁村村民，父亲：彭[]母亲：卢[]因该病治疗费用极高，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：彭[]身份证号：[]

患儿母亲：卢[]身份证号：[]

情况属实，特此证明。



村委会盖章：村民委员会

2026年8月30日

