

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: 20260712

申请日期: 2026年9月11日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2023.10.16			广东省广州市	
	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
	噬血细胞综合征		广州市妇女儿童医疗中心	2026.9.9	30万		/	☐ 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 ☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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			
	父亲	25	健康					
	母亲	21	健康					
申请救助理由(请详细描述)	2026.8.31日晚上发高烧9月1-2日去诊所打屁股针3日去卫生院抽血打屁股针4-6日打吊针7日去卫生院抽血7日晚上去普宁人民医院8日来广州妇孺儿童医院 2026.9.11日果的医保 3个月生效 治疗费用高压日甚大 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2026年9月11日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 目前病情危重, 诊断噬血细胞综合征. 费用约30万 医师签名: 陈林 2026年9月17日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖文 2026年9月18日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 75,000.00 元 (大写: 贰万伍仟肆 元) 负责人签名: 林韵泽 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: 黃 性别: 男 年龄: 2岁11月

病种: 噬血细胞综合征 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心 越秀区

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), 将作为黄 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依光

电 话: 18924052214

日 期: 2026年9月29日

广州市妇女儿童医疗中心（儿）

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：黄 性别：男 年龄：2岁10 科别：儿-PICU1组 床号 住院号

诊断：1. 脓毒性休克 2. 噬血细胞综合征 3. 呼吸衰竭 4. 多脏器损伤（血液、凝血、肝、胃肠、肺） 5. 多浆膜腔积液（胸腔、腹腔） 6. 急性胆囊炎 7. 弥漫性腹膜炎 8. 肠套叠（小肠）

医嘱及建议：患儿于2026-09-09至今在我院儿童院区PICU住院治疗

医师签名：文伯权 / 朱怡娴 /

日期：2026/9/12 15:29:48



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

兹有患儿董，患白血病疾病，性别男，年龄2岁，是广东省（区、市）普宁市（州）云落县（区）云落乡镇（街道）大池村民小组（居委会），（父亲董，母亲董）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：董 身份证号：

患儿母亲：董 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



2020年9月11日

