

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: 2026776

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		
	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
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 80 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别:
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 4 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 10000 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		
病童家庭情况	父亲	31	健康				
	母亲	37	健康				
申请救助理由 (请详细描述)	患儿确诊嗅神经母细胞瘤, 目前疾病复发, 伴全身多处骨转移, 需要长期住院化疗, 医疗费用负担很重。本人作为母亲独自陪护孩子治病, 无法外出工作, 孩子父母无抚养费收, 孩子父亲失联, 家庭仅依靠低保生活, 经济十分困难, 无力承担高额医疗开支。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 朱 2026年9月3日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 腹膜后恶性肿瘤 (神经母细胞瘤) 50-100万 医师签名: 李海博 2026年9月3日 医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 4000 元 (大写: 肆仟元 拾元 角 分) 负责人签名: 王靖雯 2026年9月8日						
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 10,000.00 元 (大写: 壹万元 整) 负责人签名: 林灼泽 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: 邓 [redacted] 性别: 男 年龄: 4
病种: 神经母细胞瘤 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心(增城院区)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为邓 [redacted] 的治疗费用。

受助人(监护人): 朱 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人(记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 陈依文

电 话: 18924052214

日 期: 2016年9月30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: 刘 性别:男 年龄:4岁 科别:增-肿瘤外科1组 床号 住院号

诊 断:1. 腹膜后腔恶性肿瘤（神经节神经母细胞瘤） 2. 骨继发恶性肿瘤

医嘱及建议: 患儿2026-08-31至今因“1. 腹膜后腔恶性肿瘤（神经节神经母细胞瘤） 2. 骨继发恶性肿瘤”在我院增-肿瘤外科1组住院治疗, 特意证明。

医师签名: 杨天佑/杨纪亮/李海涛

日 期:2026/9/3 11:36:50

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。



87



核发单位: 惠来县

发证日期: 2024-01-16

户主姓名: 邓

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	邓	性别	男性
出生年月	1986-02-01	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		年龄	6
居住 地址	广东省惠来县葵潭农场南湖管区		
户籍 地址	广东省揭阳市惠来县葵潭农场南湖村委会		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	邓	本人	2250
	朱	配偶	0
	邓	子	0
	邓	子	0
	邓	子	0

邓 子 0

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

