

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2022259

申请日期: 2022年5月9日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	李子华	男	2021.01.27			广西贵港市港南区平山镇
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	朗格罕斯细胞组		广州妇女儿童医疗中心		10万	
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	李泳波	男	26	父亲	顺丰速运司机	
	吴翠娟	女	26	母亲	全职照顾宝宝	
申请救助理由		小孩长期治疗家里积蓄已经用光了, 无法在给他提供更好的治疗 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李泳波 2022年5月9日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 朗格罕斯细胞组织细胞增生症(多系统), 治疗费用约8w左右。 医师签名: 王少峰 2022年5月9日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金_____元。 (大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 王少峰 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助叁万叁仟 负责人(签名): 葛晓 2022年5月23日						





廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

騰訊罕見病救助款收據

病童姓名: 李子烨 性别: 男 年龄: 1岁3月
病种: 朗格罕期细胞组织增生症(多鞭灶) 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心

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 李子烨 的治疗费用。

受助人 (监护人): 李咏波

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 梁弋

电 话: 13822279353

日 期: 2022年5月25日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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：李子烨 性别：男 年龄：1岁2月科别：血液肿瘤病区(珠) 床号：037 住院号：20226043

诊断：1. 朗格汉斯细胞组织细胞增生症，多病灶，复发 2. 化疗后骨髓抑制 3. 凝血功能异常 4. 肝功能不全 5. 吞咽困难

医嘱及建议：患儿于2022-04-12至2022.05.13在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名： /陈秋凡
日期：2022.05.13

- 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。



证明

兹有我村上屋屯村民李振强的孙子李子烨，男，身份证号码，
[REDACTED] 于 2021 年患朗格汉斯细胞组织细胞增生症，在广州
儿童医院住院治疗，治疗费用将近 20 万元，由于该病治疗期长，病情反复
得不到较好的控制，又于今年三月和四月先后两次在广州儿童医院接受治疗，
产生医疗费用六万多元，接连而来的医疗费用开支已导致该家庭经济和生活
上非常困难，按目前的经济状况，无力再给李子烨提供治疗，为了使李子烨
得到康复。希有关单位，团体及组织给予帮助。

特此证明



瓦塘镇上喜村民委员会

经办人：李凯金 18269631268

2022 年 4 月 24 日



