

20278394

### 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: 2023169

申请日期: 2023年3月6日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	吴英满	男	2010年5月9日	[Redacted]	广东省 [Redacted]	
	参加医保情况		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例: %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	急性淋巴细胞白血病		广州市妇女儿童医疗中心(增城院区)		60万	
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
	吴盛燕	男	54	父子	务工 2368	[Redacted]
	黄素萍	女	51	母子	务工 0	[Redacted]
申请救助理由		<p>本人患有急性淋巴细胞白血病, 该肿瘤病需长期住院治疗, 急需救助金。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 吴英满 2023年3月6日</p>				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病, 费用60万。					
	医师签名: 郭红敏 2023年3月6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: 王宇石 2023年3月9日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助贰万之整 负责人(签名): 马晓 2023年3月13日						





# 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：吳英滿 性別：男 年齡：12

病種：急性淋巴細胞白血病 治療醫院：廣州市婦女兒童醫療中心(增城院區)

今收到廣東公益恤孤助學促進會救助款 20,000 元（大写：人民  
幣貳萬元整），將作為吳英滿的治療費用。

受助人（監護人）：黃素群

電話：                    

見證人（記者/志願者/捐贈方代  
表等）：                    

電話：                    

經辦人：                    

電話：13822279253

日期：2023年3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: 吴英满 性别: 男 年龄: 12岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号: 36 住院号: 20278394  
(增)

诊断: 急性淋巴细胞白血病(L2型, T细胞型, 中危)

医嘱及建议: 患儿于2023-01-29至2023-02-03在我院血液肿瘤科住院。

医师签名: 韩显红/郑文献/韩显显   
日期: 2023-02-03

- 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。





核发单位: 封开县

发证日期: 2023-01-16

户主姓名: [REDACTED]

身份证号码: [REDACTED]

低保证编号: [REDACTED]

户主姓名	[REDACTED]	性别	男性
出生年月	[REDACTED]	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码	1969-06-17	家庭人口	4
居住地址	广东省封开县 [REDACTED]		
户籍地址	广东省 [REDACTED]		
低保资金 发放账号	[REDACTED]		
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	吴盛燕	[REDACTED]	2368
	黄素群	配偶	0
	吴英满	子	0
	[REDACTED]	女	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: _____		

