

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：2023474温暖1585号

申请日期：2023年8月15日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	吴华涛	男	2018年2月20日			贵州省
	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	
	重型地中海贫血		广州市妇女儿童医疗中心		40万	
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
	吴远堂	男	44	父子	工厂 年薪2万	
	李干英	女	41	母子	无业	
申请救助理由		申请救助理由由详细填写（如：小孩病情起因、现状、后续治疗、费用缺口、家庭情况、医疗保险等） 因本人家庭经济收入低，生活非常困难，手术医疗费用是从亲戚朋友处筹措来的，此次花费用机加上加霜，我们无力承担偿还费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：吴远堂 2023年8月15日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：诊断：重型β型地中海贫血，建议行异基因造血干细胞移植术。预计费用约40万元。 医师签名：刘新 2023年8月15日					
	医院意见： 建议给予医疗救助金_____元。 （大写：壹万叁仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名：王华 2023年8月16日					
广东公益恤孤助学促进会意见：同意救助壹万叁仟元 负责人（签名）：高定仁 2023年8月21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: 吳華濤 性别: 男 年龄: 5岁
病种: 重型B型地中海貧血 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 13,000 元 (大写: 人民币壹万叁仟元整), 将作为吳華濤的治疗费用。

受助人 (监护人): 吳远堂

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: [REDACTED]

电 话: 138-22279353

日 期: 2023年 8 月 15 日

广州市妇女儿童医疗中心

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（病假建议书）

流水号： 20230703Y22917

姓名：吴华涛 性别： 男 年龄： 5岁 卡号： 4401000014576212

诊断： 重型β型地中海贫血，

诊断备注：

医嘱及建议： 有合适供者，拟行造血干细胞移植术。术后予抗感染、抗移植植物抗宿主病等治疗，输注静脉注射用人免疫球蛋白，定期复查。预计费用约40万元。



病区： 血液肿瘤病区(珠)

日期： 2023-07-08

注：

1. 未经盖章，签字无效
2. 涂改无效
3. 只作医院证明，不得作其他证明使用。

贫困证明

兹有我村村民吴远堂，男，身份证号：[REDACTED]
儿子吴华涛，身份证号：[REDACTED] 儿子患有重型地中海
贫血，从8个月开始一直在治疗，经济困难，在我村是低保户，情况
属实，特此证明。

黎平县水口镇归双村村民委员会

2023年7月2日



