

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：2023604 温暖1596号

申请日期：2023年9月18日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	班建宝	男	2013.10.29			广东
	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	
	纯红细胞再生障碍性贫血		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
	叶顺英	女	35	母子	无业	
	班伟虎	男	43	父子	无业	
申请救助理由		申请救助理由详细填写（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）2014年1月8日确诊输血 2014年6月27日确诊纯红细胞再生障碍性贫血，有造血干细胞进行干细胞移植，家里有两个孩子 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：叶顺英 2023年9月18日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）： 重型β型地中海贫血，行异基因造血干细胞移植。费用预计40万元。 医师签名：刘荷 2023年9月18日					
	医院意见： 建议给予医疗救助金_____元。 （大写： 五 万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名：王生 2023年9月19日					
广东公益恤孤助学促进会意见：同意救助壹万捌仟肆佰元整 负责人（签名）： 2023年9月25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: 班庭宝

性别: 男

年龄: 9岁

病种: 单纯红细胞再生障碍性贫血 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 18,000 元 (大写: 人民币 壹万捌仟元整), 将作为 班庭宝 的治疗费用。

受助人 (监护人): 付顺英

电 话: 13822279353

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周其翔

电 话: 13822279353

日 期: 2023年 9 月 18 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： 20230918Y06032

姓名：班庭宝 性别： 男 年龄： 9岁 卡号： 4401000003265439

诊断： 先天性纯红细胞再生障碍性贫血，

诊断备注：

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

病区： 血液科。

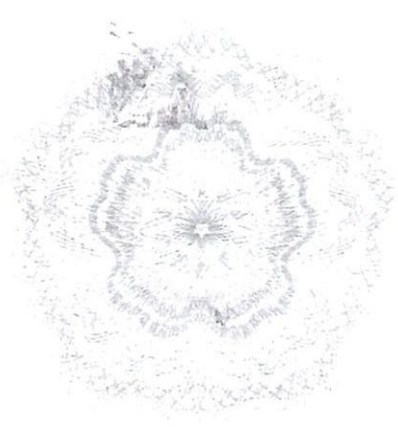


科医师： 刘莎

日期： 2023-09-18

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。



核发单位: 连南瑶族自治县

发证日期: 2021-03-01

户主姓名: 班庭宝

身份证号码: [REDACTED]

低保证编号: [REDACTED]

户主姓名	班庭宝	性别	男性
出生年月	2013-10-29	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	6人
居住 地址	广东省 [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
	班庭宝	本人	0元
	班伟虎	父母	0元
	付国英	父母	0元
	郑水凤	祖父母或外祖父	0元
	班庭文	兄弟姐妹	0元
	班庭辉	兄弟姐妹	0元

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:
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:

