

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: 2024463 申请日期: 2024 年 7 月 26 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	许		男	2015年11月31日			广东省阳江市	
	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
	急性淋巴细胞白血病		广东省人民医院惠爱分院	2024年7月19号	16.18万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	许	50	健康				
	母亲	曾	46	健康				
1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 50000 元 3、固定资产：一套房子；一辆摩托车；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								
申请救助理由（请详细描述）	由于家庭经济困难，难以支付昂贵的治疗费，基本的生活费，希望贵机构给予帮助！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：曾 2024 年 7 月 26 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：患儿因“关节肿痛伴发热”在2024年3月18日入住我院，3月19日经过骨髓穿刺检查，确认为“急性淋巴细胞白血病（B细胞型，标准组）”，在我院住院化疗，预计费用16-18万人民币。 医师签名：李 2024 年 7 月 26 日							
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 30000 元（大写：叁万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名： 年 月 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 15,000.00 元（大写：壹万伍仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名： 2024 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: 许 性别: 男 年龄: 9

病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广东省人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币 壹万伍仟元整), 将作为许 的治疗费用。

受助人 (监护人): 曾

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

周其明

电 话:

13822279353

日 期:

2024年8月26日



疾病诊断证明书

科室: 儿童血液科
姓名: 许 性别: 男性 年龄: 9岁4月
入院日期: 2024-06-06 出院日期: 2024-06-11
处理意见:

患儿诊断“1. 恶性肿瘤维持性化学治疗; 2. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型, 标危组”在我院住院治疗。

诊断:

1. 恶性肿瘤维持性化学治疗; 2. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型, 标危组

医嘱:

儿童血液科门诊随诊, 监测血常规的变化, 追踪骨髓检查结果, 6月20日返院行第二次的HDMTX+6-MP方案化疗治疗, 联系电话: 020-81884713-80311。

复诊建议:

医师: 李永康

日期: 2024年06月11日

注: 1. 加盖疾病诊疗专用章后方可生效, 遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明, 不得作其它证明使用



证 明

兹有我村村民许 [REDACTED] 男，9 岁，身份证号码：

[REDACTED] 户籍地址：广东省阳江市 [REDACTED]

[REDACTED] 该村民于 2024 年 3 月 18 日入住广

东省人民医院，确诊为急性淋巴细胞白血病 B 型，由于家庭经济困难，难以支付昂贵的治疗费，基本的生活费，希望贵机构给予帮助！

特此证明！

阳江市岗列岗背西村

2024 年 4 月 19 日

岗背西村经济合作社

