

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: 2025242

申请日期: 2025年3月6日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	吴	女	2023.05			广西·桂林		
	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	广州中山大学附属第一医院	2024.11.25	50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:	
	购买保险情况及报销比例	☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 45%	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 2万 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 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			
	父亲	吴	34	健康				
	母亲	石	33	健康				
申请救助理由(请详细描述)	我家中有5口人,母亲年纪已大,患有高血压,无经济来源,需要我们赡养,两个孩子需要抚养,儿子石 目前在幼儿园就读,需要负担学费,女儿吴 现患白血病在院治疗,医疗费用高昂,妻子现请假护理女儿治疗,无收入,家里只有我一个劳动力,女儿还需要长期治疗、护理,导致家庭经济困难,盼能得到此助学金帮助度过难关。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 2025年3月6日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断急性淋巴细胞白血病, B1V (能缓解期), 需住院化疗, 费用约20-30万。 医师签名: 2025年3月18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: 黄陈聪 2025年4月3日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 15,000.00 元 (大写: 壹万伍仟零佰零拾元零角一分) 负责人签名: 林钢泽 2025年5月19日 秘书处							



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	性别: 女	年龄: 2
病种: 白血病	治疗医院: 中山大学附属第一医院	

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），将作为吴 的治疗费用。

受助人（监护人）: 吳
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: 2015年 5月 20日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：吴

科别：儿科二科

床号：

住院号：

出院患者疾病证明书

姓名：吴 性别：女 年龄：1岁 出院科别：儿科二科

住院号：

入院日期：2025年03月20日 出院日期：2025年03月28日

出院诊断：1. 急性淋巴细胞白血病，BII (MLL重排阳性，高危)，2. 恶性肿瘤维持性化学治疗，3. 化疗后骨髓抑制(III级)，4. 肝功能损害

入院情况及诊疗经过：详见出院小结。



医师：王冰

2025年03月28日

证明

兹有我村委会村民（浔江村三队）吴[REDACTED]，性别：男，身份证号：[REDACTED] 居住在广西桂林市[REDACTED] 家庭人口5人，现女儿吴[REDACTED]（身份证号：[REDACTED]）患急性淋巴白血病，在广州市医院住院治疗，致家庭生活困难，望给予帮扶为盼。

特此证明！

桂林市临桂区五通镇浔江村民委员会

2025年3月17日



