

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: 2025 254

申请日期: 2025 年 5 月 14 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	戴		男	2011年11月			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
	T淋巴瘤细胞白血病/淋巴瘤		广州市妇女儿童医疗中心增城院区	2024年5月	120万左右			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 65 %	☐ 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	1、抚养 18 岁以下儿童 3 名;		
	父亲	戴	40	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 40000 元		
	母亲	卡	34	健康		3、固定资产: 1 套房子; 1 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）		2024年5月确诊T淋巴瘤细胞白血病/淋巴瘤，一直在广州市妇女儿童医疗中心增城院区治疗。2024年9月因化疗骨髓抑制期不幸感染墨毛孢子真菌，脾脓肿，开始了长达半年的抗感染治疗。2025年4月再次肺部真菌感染，引发全身水肿，咳血，胆红素升高，于4月23日至27日送ICU救治。现如用两性霉素抗感染，外支镜冲洗肺部。至今未结算治疗费用高达23万处，因治疗过程不顺利，前期已花费总费用百万，自费高达60多万。 因治疗费用过高，家庭收入低，生活困难，特申请救助，望批准，万分感激。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 卢 2025 年 5 月 14 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: T淋巴瘤细胞白血病。按照1cc6g-208方案化疗。预计费用120万左右。							
	医师签名: 黄德军		2025 年 5 月 19 日					
	医院意见（盖章）:							
建议给予医疗救助金 ￥20000 元（大写: 贰 万 零 千 零 百 零 拾 元 零 角 零 分）		负责人签名: 何靖度 2025 年 5 月 19 日						
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ￥25000 元（大写: 贰 万 伍 千 零 百 零 拾 元 零 角 零 分）		负责人签名: 梁梓彬 2025 年 5 月 26 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: 戴	性别: 男	年龄: 13岁
病种: T淋巴母细胞白血 病/淋巴瘤	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心增城院区	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元 (大写: 人民
币贰万伍仟元整), 将作为戴 的治疗费用。

受助人 (监护人): 卢

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2015年5月27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: 戴 性别: 男 年龄: 13岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号: 住院号: (增)

诊断: 1. 为肿瘤化学治疗疗程 2. T淋巴母细胞白血病/淋巴瘤 3. 脾脓肿 4. 感染性发热 5. 化疗后骨髓抑制 6. 吞咽困难

医嘱及建议: 患儿于2025-02-26至2025-03-19在我院小儿血液肿瘤科（增）治疗。

医师签名: 吴满琳

日期: 2025年03月19日 10:00:00

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：阳西县民政局

发证日期：2024年12月1日

户主姓名：戴

身份证号码：

低保证编号：

户主姓名	戴	性别	男	
出生年月		职业	农民	
医保卡号		家庭人口	1	
居住地址	村委会			
户籍地	阳江市 阳西县（市、区） 乡镇（街道） 村（居）委			
低保资金发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	职业	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）	核发单位 盖章 注明：（此处贴小一寸照片）
姓名：	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）	核发单位 盖章 注明：（此处贴小一寸照片）
姓名：	姓名：	姓名：

