

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: 2025291

申请日期: 2025 年 5 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	
	吕		男	2023.11.21			广东省揭阳市普宁	
	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
	成熟B细胞淋巴瘤 细胞白血病		中山大学孙逸仙纪念医院	2025.3.11	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60%	☐ 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 2 名;		
	父亲	吕	33	健康良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 5万 元		
	母亲	罗	30	健康良好		3、固定资产: 无 套房子; 1 辆摩托车; 无 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）		因儿子吕 于2025年3月11日确诊成熟B淋巴瘤细胞白血病, (伴有IKZF3基因突变) 预后不好, 现在在孙逸仙医院进行化疗, 医生说至少七八个月, 之后还要继续维持2年, 巨大医疗开支, 我们夫妻二人在医院照顾小孩, 没有稳定收入, 家里还有一个5岁儿子在读幼儿园, 已致家庭生活拮据, 需申请救助, 谢谢 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 罗 2025 年 5 月 6 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿于2025-3-11确诊“成熟B细胞淋巴瘤细胞白血病”, 需住院行全身化疗, 约需拾万元治疗费用。							
	医师签名: 林伟吟				2025 年 5 月 6 日			
	医院意见（盖章）:							
建议给予医疗救助金 ¥ 叁万 元（大写: 叁 万 仟 佰 拾 元 角 分）								
负责人签名: 林伟吟				2025 年 5 月 20 日				
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 20,000.00 元（大写: 贰 万 仟 佰 拾 元 零 角 分）								
负责人签名: 叶锦河				2025 年 5 月 16 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: 呂	性别: 男	年龄: 1岁+
病种: 成熟B淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元（大写：人民币贰万元整），将作为呂 的治疗费用。

受助人（监护人）: 罗

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: 18924052214

日 期: 2018年6月17日

【经数字签名认证】

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名: 吕 性别: 男 年龄: 1岁3月17天 科室: 儿科一区(血液肿瘤专科) 床号 住院号

姓名: 吕	住院号:	出生地: 广东省揭阳市普宁县(区)
性别: 男	年龄: 1岁3月17天	科室: 儿科一区(血液肿瘤专科)
入院日期: 2025年03月10日 11时		出院日期: 2025-03-14
临床诊断: 成熟B淋巴细胞白血病; 高白细胞血症		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期: 2025-03-14 08:33		医生: 黎阳

普宁市麒麟镇苍豪村村民委员会

证 明

兹有我村存本组居民吕[REDACTED]，身份证号[REDACTED]，据本人所述和提供的中山大学孙逸仙纪念医院疾病诊断证明其儿吕[REDACTED]，身份证号[REDACTED]患急性淋巴细胞白血病 B，在孙逸仙纪念医院进行大化疗需约半年(其中药物部分外购不纳入医保)，之后将维持继续化疗，期间总花费约 100 万元，吕[REDACTED]患病以来，父母在院照顾小孩，没有稳定收入，需巨大医疗开支，已致家庭生活拮据。

特此证明

普宁市麒麟镇苍豪村村民委员会

2024 年 10 月 17 日



