

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: 2025549

申请日期: 2025 年 9 月 30 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	叶		男	2022年8月30日			广州白云区	
	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
	白血病		珠江医院	2025年12月29日	30万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	残疾类型和级别: /
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）38000 元 3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 1 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	叶	34	良好				
	母亲	李	32	良好				
申请救助理由（请详细描述）	患儿叶 现在珠江医院治疗白血病中,因家庭收入微薄,妈妈要在医院照顾我,没有收入只有爸爸一个工资4000左右支撑着,家中还有11个月的弟弟和爷爷奶奶要抚养,爷爷奶奶也没有收入来源,由于弟弟出生血小板低在医院治疗也花光积蓄,接着我就检查出白血病,之后家里就筹钱给我治疗,外购药花了15万,现已借亲朋好友8万多元,后期治疗需要5万多元,也要打化疗6次,叔叔实在难以支撑,特申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 2025 年 9 月 30 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 确诊急性淋巴细胞白血病,化疗治疗,预计费用20-30万							
	医师签名: 林林				2025 年 9 月 30 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: 2025 年 10 月 10 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00 元（大写: 贰万伍仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 2025 年 10 月 20 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

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名:叶

性别:男

年龄:3

病种:白血病

治疗医院:南方医科大学珠江医院

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), 将作为叶 的治疗费用。

受助人 (监护人):李

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林作福

电 话: 18924052219

日 期: 2025年10月21日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：叶 科室：小儿血液科病区 床号 ID号 住院号

科别：小儿血液科病区	入院日期：2025年09月27日 出院日期：
检查结果： 诊断意见：急性淋巴细胞白血病 处理意见：住院治疗 医生签名：林月娜 日期：2025年10月09日	

签发单位：（盖章）

证明

兹有广东省广州市白云区龙归街夏良村村民叶 性别
别:男, 年龄 3 岁, 身份证号码 患有
急性淋巴细胞白血病, 现在广州南方医科大学珠江医院治疗,
需要大额治疗费用。现在母亲全职照顾, 家庭收入来源全靠
父亲微薄的工资, 现经济陷入困难。

特此证明!



