

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: 2025572

申请日期: 2025年10月17日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	朱		女	2016.8			中国	
	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		广州妇女儿童医疗院珠江新城院区	2024.12.21	50-80万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40%	☐ 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) 7000 元 3、固定资产: / 套房子; / 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	朱	33	健康				
	母亲	陈	29	健康				
申请救助理由(请详细描述)	本患儿于2024.12.21确诊急性淋巴细胞白血病,经过15天评估为高危,第一疗程需用贝林各用了10支都是全自费,高危的药物比较重,经过大半年的化疗过程我们目前在院花费了将近50万,现在方案改动,高危的药物较重,医生建议我们最后一疗程继续用贝林各代替化疗药,目前正在医院进行最后一次化疗,医生预估这次也要用到10支左右贝林各,一支的费用也还多,上了4天药才发生抽搐,医生建议我们休息几天,继续小剂量尝试用,过程都好难,希望能顺利平安的康复,在此恳请基金会帮助,本人保证上述情况完全真实。金会的帮助,谢谢! 申请人签名: 陈 2025年10月17日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(L2, common-B, 高危), 需筹集治疗费用50-80万元 医师签名: 陈明 2025年10月17日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元 (大写: 贰万五千元) (拾元零角分) 负责人签名: 何靖雯 2025年10月21日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰万零仟零佰零拾元零角分) (善后帮扶) 负责人签名: 何靖雯 2025年11月3日 (慈善计划部 救助专员)							



廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据 (普及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 朱 [redacted] 性别: 女 年龄: 9
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医院珠江新城院区.

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), 将作为朱 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黎 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [redacted]

电 话: [redacted]

经办人: 林信韵

电 话: 18924052214

日 期: 2025年11月4日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 朱 性别: 女 年龄: 8岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断: 1. 为肿瘤化学治疗疗程 2. 急性淋巴细胞白血病(高二倍体, 高危) 3. 革兰阴性杆菌败血症(铜绿假单胞菌)
4. 化疗后骨髓抑制 5. 肝功能检查的异常结果

医嘱及建议: 患儿于2025. 07. 24至2025. 08. 12在我院珠-血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 谢红

日期: 2025-08-12 10:49:37



- 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。

家庭情况说明

兹有患儿 朱，患 急性淋巴细胞 疾病，性别 女，年龄 9 岁，是 广东 省（区、市）肇庆 市（州）四会 县（区）城中 乡镇（街道）上沙 村民小组（居委会），（父亲：朱 母亲：朱 村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：朱 身份证号：

患儿母亲：朱 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



2025 年 10 月 18 日

张集超

