

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: 2025574

申请日期: 2025年10月28日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	梁		男	2011.9			栖霞溪	
	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		广东省人民医院惠福分院	2025.7.10	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;		
	父亲	梁	32	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 4万 元		
	母亲	梁	34	良好		3、固定资产: 套房子; 辆摩托车; 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)		本人是单亲妈妈独自带娃, 现因治疗费用昂贵, 已无力支付剩余治疗疗程费用, 特申请该基金救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2025年10月28日						
医院填写		疾病诊断及治疗(费用): 患儿在2025年7月10日经过骨髓等检查, 确认为“急性淋巴细胞白血病(B细胞型, 高危组)”, 在我院定期化疗治疗, 预计费用30万人民币左右。 医师签名: 李 2025年10月28日						
		医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000.00 元 (大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 李 2025年10月29日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥20,000.00 元 (大写: 贰万零仟零佰零拾零元零角零分) (备注: 呼吸科、化疗、放疗) 负责人签名: 李 2025年11月3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 (菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 梁 [redacted] 性别: 男 年龄: 14岁
病种: 急性淋巴细胞白血病(淋巴细胞) 治疗医院: 广东省人民医院惠福分院

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), 将作为梁 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 谢 [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: 林伟福

电 话: 18924052214

日 期: 2025 年 11 月 4 日



疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 编号：
住院号(门诊号)：
姓名： 梁 性别： 男性 年龄： 13岁9月 床号：
入院日期： 2025-07-10 出院日期： 2025-08-11
处理意见：

患儿诊断“1. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型；2. 急性上呼吸道感染；3. 药物性肝损害；4. 低纤维蛋白原血症；5. 化疗后骨髓抑制；6. 低蛋白血症”在我院住院治疗。

诊断：

1. 急性淋巴细胞白血病——B细胞型；2. 急性上呼吸道感染；3. 药物性肝损害；4. 低纤维蛋白原血症；5. 化疗后骨髓抑制；6. 低蛋白血症

医嘱：

儿童血液肿瘤科随诊，监测血常规和凝血指标的变化，追踪8月11日的骨髓和脑脊液检查结果，拟1周后返院进一步行CAM+PEG-ASP方案化疗治疗，联系电话：020-81884713转80311。

复诊建议：

医师：

李永康

日期：

2025年08月11日

注：

1. 加盖疾病诊疗专用章后方才生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用



情况说明

兹有我村村民梁 [REDACTED] 汉族，男，身份证号码 [REDACTED] 该员在 2025 年 7 月在广东省医学科学院广东省人民医院惠福分院确诊急性淋巴白血病，病情严重，父 亲 梁 [REDACTED]，身 份 证 号 码 [REDACTED] 自 2025 年 7 月份梁 [REDACTED] 确诊后在医院照料至今，家中还有爷爷、奶奶和弟弟(在读)需要照顾，现阶段因白血病治疗时间长，费用大，已无法承担高额医疗费用，基本生活陷入困境。以上情况属实。特此说明

岑溪市南渡镇古太村村民委员会

2025 年 9 月 16 日



