

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: 2025587

申请日期: 2025年10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	
	曾		男	2022年7月			广东省龙川县老隆镇	
	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		南方医科大学珠江医院	2025.4.13	25-30万元			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45 %	☐ 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) 6万 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 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	曾	40	良				
	母亲	曾	32	良				
申请救助理由(请详细描述)	因小孩患急性淋巴细胞白血病,在广东省南方医科大学珠江医院治疗,需要半全日照,爷爷也因高血压病3级(极高危)、脑梗死后遗症需要长期吃药和不时住院,现仅靠爸爸每月约500元的工资维持一家六口的生活;经济陷入困难。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 郭 2025年10月30日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断急性淋巴细胞白血病(B细胞型),后续行化疗,整体治疗费用约25-30万元。 医师签名: 吴新 2025年10月30日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元 (大写: 五万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2025年10月30日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 二万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) (备注: 吴新计划) 负责人签名: 2025年11月10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:	曾	性别:	男	年龄:	3岁
病种:	急性淋巴细胞白血病				
治疗医院:	广州市海珠区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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为曾 的治疗费用。

受助人 (监护人): 邓

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林伟强

电 话: 18924052214

日 期: 2025年11月11日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：曾 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10月27日
检查结果：详见出院小结。	
诊断意见： 1. 急性淋巴细胞白血病化疗治疗；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，IR，CR）；3. 腺样体肥大；4. 三尖瓣关闭不全；5. 粒细胞减少；6. 化疗后骨髓抑制；7. 低蛋白血症 处理意见：住院治疗。	
医生签名：吴莉 日期：2025年10月30日	

签发单位：（盖章）



龙川县铁场镇茅輦村民委员会

证 明

兹有我村村民曾 (性别：男，身份证号码：
(性别：女，身份证号码：
户籍地址：广东省龙川县铁场镇茅輦
村委会 于 2015 年 10 月登记结婚。夫妻二人
育有一女一儿，女儿曾 (性别：女，身份证号码：
儿子曾 (性别：男，身份证号
码

因儿子曾 患有急性淋巴细胞白血病，在广东南方医
科大学珠江医院治疗，需要妻子全天照顾，仅靠本人每月约
5000 元的工资维持一家四口的生活，因儿子需要大额治疗费
用，现经济陷入困难。

特此证明！

龙川县铁场镇茅輦村民委员会

2025 年 10 月 17 日



