

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: 2025590

申请日期: 2025 年 10 月 29 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	史		男	2022.8.4			湖南省桂阳县	
	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
	T 淋巴细胞白血病/淋巴瘤		广州市妇女儿童医疗中心	2025.5.21	20-30 万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 65 %	☐ 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 <u>2</u> 名;		
	父亲	史	25	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>50000</u> 元		
	母亲	江	26	健康		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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）		2025.4 月中旬孩子因脖子肿大,到市里人民医院经过一系列检查,疑似淋巴瘤。医生建议说做活检才能确定,后来抱着不愿意相信是重大疾病来到广州市增城妇女儿童医疗中心,再次一系列检查做活检后,还是确诊为 T 淋巴细胞性白血病,因家庭经济困难,特向爱心机构申请基金救助 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 江 2025 年 10 月 29 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: T 淋巴细胞白血病/淋巴瘤. 予化疗. 辅助抗感染. 预计总费用 20-30 万 医师签名: 罗伟强 2025 年 10 月 29 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>20000</u> 元（大写: 贰 万 零 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖雯 2025 年 11 月 3 日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>25,000.00</u> 元（大写: 贰 万 伍 千 零 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 何靖雯 2025 年 11 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: 史 性别: 男 年龄: 3
病种: T淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为史 的治疗费用。

受助人 (监护人): 江

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林传韵

电 话: 18924052214

日 期: 2025年1月11日

广州市妇女儿童医疗中心（增）
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：史 性别：男 年龄：3岁 科别：增-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. 为肿瘤化学治疗疗程 2. T淋巴瘤母细胞白血病/淋巴瘤 3. 感染性发热 4. 肝功能检查的异常结果 5. 吞咽困难

医嘱及建议：患儿于2025. 09. 14至2025. 09. 27在我院增-血液肿科2组住院治疗。

医师签名：/董思岐/陈泳霖

日期：2025-09-27

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。



户主姓名	艾
性 别	男
出生年月	2022.08
保障人口	1人
身份证号码	
家庭住址	桂阳县洋市镇洋市村
纳入保障范围的家庭成员基本情况	
姓 名	与户主关系 身份证号码
艾	本人

2

确认机关审核意见

村(居)委会
审核意见

2025年10月24日

乡镇(街道)
审核意见

2025年10月24日

3

