

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: 2025598

申请日期: 2025 年 11 月 23 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	戴	女	2022.4.29			广东省.阳江市.	
	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
	急性淋巴白血病	广州市妇女儿童医疗中心	2025.7.21	80万		/	☐ 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 3 名; 4.85 2、家庭年收入（不含政府补贴） 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 戴	33	健康		
	母亲 许	35	健康		

申请救助理由（请详细描述）	因患者戴小朋友.从初步检查到确诊.再到后面的治疗过程.情况比较多变化.短短三个月(一.二.三病)已经花费超 20 万(报销后的自费)总费用暂时都已经 30 多万了.目前三病还在进行中.后面更是还有很长一段长时间治疗.家里还有老人和 2 个小孩要养.面对巨大的治疗费用.实在是无从支撑.在此希望能得到广大的爱心人士和资助慈善会的帮助.谢谢大家. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 许 2025 年 11 月 2 日
---------------	---

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:	患儿目前诊断急性淋巴白血病, 预计总费用 80 万左右.
	医师签名:	王白杨 2025 年 11 月 3 日
	医院意见（盖章）:	建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元（大写: 贰 万 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名: 何靖雯 2025 年 11 月 4 日

广东公益恤孤助学促进会意见:	同意救助 ¥ 30,000.00 元（大写: 叁 万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）(普及呼吸) 负责人签名: 刘钊 2025 年 11 月 10 日 秘书 处 负责计划病童救助工作
----------------	--



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: 戴 [redacted] 性别: 女 年龄: 3岁+

病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医院(增城院区)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为戴 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 许 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2025年11月12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: 戴 性别: 女 年龄: 3岁 科别: 增-血液肿瘤科1组 床号: 住院号:

诊 断: 1. 肿瘤免疫治疗 2. 真菌性肺炎 3. 急性淋巴细胞性白血病

医嘱及建议: 患儿于2025. 09. 12-2025. 10. 23于我院增-血液肿瘤科1组住院治疗。

医师签名: //匡飞梅/田雨佳

日 期: 2025. 10. 23

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 家庭情况说明

兹有患儿戴，患急性白血病疾病，性别女，年龄3岁，是广东省（区、
市）阳江市（市）阳西县（县）织篢乡镇（街道）东村村民小组（居委会），（父亲：戴
母亲：许）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：戴 身份证号：

患儿母亲：许 身份证号：

情况属实，特此证明。



村委会/居委会盖章：

2025 年 11 月 2 日

