

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: 2025600

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	
	戴		男	2012.7.2			陈.梅州.五华.河东	
	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T型		南方医科大学珠江医院	2025.6.18	50万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
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		
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;		
	父亲	戴	36	良		2、家庭年收入(不含政府补贴) 28000 元		
	母亲	谢	37	良		3、固定资产: 0 套房子; 2 辆摩托车; 0 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)	因小孩生病没工作照顾小孩.奶奶得乳腺癌身体不好爸爸回去照顾奶奶.也没办法工作.家里还有一家大小要照顾没有收入所以要申请基金救助.爸爸有时跑跑外卖. 本人保证上述情况完全真实. 申请人签名: 谢 2025年10月28日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为急性淋巴细胞白血病, 需规律化疗, 治疗费用需20万元左右							
	医师签名: 赖奇 2025年10月29日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰万 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 南方医科大学珠江医院 委员会 2025年11月3日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万 伍仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) (普及部审核 负责人签名: 2025年 秘书 月 10 日 类总计划部 李婉如) 5								



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: 戴	性别: 男	年龄: 13岁
病种: 急性淋巴细胞白血病		
治疗医院: 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为戴 的治疗费用。

受助人 (监护人): 谢

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2025年11月12日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：戴 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06月18日 出院日期：2025年07月21日
------------	--------------------------------------

检查结果：

诊断意见：

1. 急性淋巴细胞白血病（T细胞型，PICALM:MLLT10）；2. 化疗后骨髓抑制；3. 低纤维蛋白原血症；
4. 胃肠功能紊乱；5. 药物性肝损害

处理意见：住院治疗。

医生签名：赖尚蓉

日期：2025年07月21日

签发单位：（盖章）



五华县河东镇下一村民委员会

证 明

兹有梅州市五华县河东镇下一村委会戴 村民，男 12 岁，
身份证号码 诊急性淋巴细胞白血病，现
在在广州南方医科大学珠江医院就诊治疗，该病需要大额治疗费
用，需要父母照料，家庭没有经济收入来源，属于我村一般贫困
户。

特此证明

经办人： 李

联系电话

河东镇下一村民委员会

2025 年 7 月 31 日



