

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: 2025609

申请日期: 2025 年 11 月 11 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄	男	2013.9.3			广东省湛江市	
	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
	再生障碍性贫血	中山大学附属第一医院	2025.10.8	40万元		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 40% ☐ 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 2 名; 45000 元 2、家庭年收入（不含政府补贴） 3、固定资产: 一套房子; / 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		
	父亲 黄	46	良好				
	母亲 沈	40	良好				
申请救助理由（请详细描述）	患儿黄 12 岁, 2025 年 10 月确诊再生障碍性贫血, 造血干细胞移植。自 9 月 10 日起先后在湛江中心医院、中山一院治疗, 自费近 20 万, 后续治疗预计 40 万。父母因陪护无收入, 家中还有孩子上学, 2024 年爷爷奶奶相继离世已花费 25 万, 家庭负债累累, 无力承担后续费用, 恳请贵会给予救助。 本人保证上述情况完全真实。 黄 申请人签名: 2025 年 11 月 11 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断极重度再生障碍性贫血, 目前行造血干细胞移植治疗, 费用约 20-30 万元。 医师签名: 苏子山 2025 年 11 月 11 日						
	医院意见（盖章）: 情况属实, 请救助为盼。 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 元 整） 负责人签名: 苏子山 2025 年 11 月 11 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） 负责人签名: 周基明 2025 年 11 月 17 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

病童姓名: 黃 性别: 男 年龄: 12 岁
病种: 再生障碍性贫血 治疗医院: 中山一院

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), 将作为黄 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林信韵

电 话: 18924052219

日 期: 2015 年 11 月 18 日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：黄

科别：儿科二科

床号

住院号

住院患者情况说明

姓名：黄 性别：男 年龄：12岁 科别：儿科二科 床号 住院号

目前诊断：再生障碍性贫血(极重度)

造血干细胞移植状态

皮疹

龋齿

入院情况及诊疗经过：患儿诊断极重度再生障碍性贫血，有输血依赖，有造血干细胞移植指征，家属移植意愿强烈，排除禁忌症，入院后行同胞全相合造血干细胞移植，现住院治疗中。

医师签名：

2025年11月13日

疾病诊断专用章

证明

兹有我化州市下郭街道办官田 村民沈 性别:女,
身份证号码 其子黄
患有:再生障碍性贫血, 需骨髓移植手术, 其治疗费用巨大, 个人无
能力承担, 望有关部门及人事给予帮助为盼。

特此证明!

化州市下郭街官田村民委员会

2025年11月06日



