

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: 2025112

申请日期: 2025年11月20日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	陈	男	2013.7.29		广东化州		
	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
	急性骨髓性白血病	广州市妇女儿童医院	2025.10.23	50万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 45%	<input type="checkbox"/> 城镇居民	<input type="checkbox"/> 商业保险	<input type="checkbox"/> 其他保险	<input type="checkbox"/> 无	
病童家庭情况	姓名	年龄	健康状况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 3 名;		
	父亲 陈	39	2014年患鼻咽癌已治疗		2、家庭年收入(不含政府补贴) 5万 元		
	母亲 柯	38	良好		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车		
					4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
<p>申请救助理由(请详细描述):</p> <p>陈 于2025年10月23日在广州市妇女儿童医院确诊急性骨髓性白血病(高危), 医生讲后续需化疗和移植, 治疗费用巨大, 家庭经济困难, 陈 家庭情况是妈妈是家里唯一经济支柱, 家里有3个孩子, 爷爷奶奶身体欠佳, 爷爷已中风三次, 现在每日吃药, 爷爷奶奶都有高血压, 奶奶严重腰椎间盘突出, 脊柱已严重变形, 爸爸在2014年确诊鼻咽癌, 治疗花费26万, 这些年因他爸爸无法做重活, 为养家, 他养猪, 养鸡, 已经亏损30多万, 家庭负债累累.</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 柯 2025年11月20日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):						
	急性骨髓性白血病(高危), 需化疗10次 + 造血干细胞移植预计治疗费用约50万元						
	<p>医师签名: 郑明华 2025年11月26日</p> <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 20000 元 (大写: 贰 仟 零 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 何靖度 2025年12月15日</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 20,000.00 元 (大写: 贰 万 零 仟 零 拾 元 角 分)</p> <p>负责人签名: 何靖度 2025年12月19日</p>							



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:	陈	性别:	男	年龄:	12
病种:	急性骨髓系白血病				
治疗医院:	广州市妇女儿童医疗中心珠江新城				

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），将作为陈 的治疗费用。

受助人（监护人）: 柯

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2025 年 12 月 30 日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 陈 性别: 男 年龄: 12岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断: 1. 急性髓系白血病(高危(DEK::NUP214, FLT3-ITD阳性)) 2. 为肿瘤化学治疗疗程 3. 感染性发热 4. 化疗后骨髓抑制

医嘱及建议: 患儿于2025. 10. 23至2025. 11. 27在我院珠江新城院区血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 王嘉怡/郑晴晴/徐飞

日期: 2025年11月27日 10:00:43

- 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

兹有患儿陈，患急性髓系白血病疾病，性别男，年龄12岁，是广东省（区、市）茂名市（州）化州县（区）鉴桥乡镇（街道）山华村民小组（居委会），（父亲：陈，母亲：柯）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：陈 身份证号：

患儿母亲：柯 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

经办人及联系电话：



2025 年 11 月 19 日

