

广东公益恤孤助学促进会重病症童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2025715

申请日期: 2025年12月12日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	李	女	2023.7.19			广西桂林市	
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	
	急性淋巴细胞白血病	中山大学附属第一医院	2025.5	20万	/	/	
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	□是 <input type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /	
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话			
	父亲 李	41	健康				
	母亲 卢	41	健康				
申请救助理由 (请详细描述)	<p>患者李今年2岁,2025年5月确诊急性淋巴细胞白血病,至今住院治疗产生费用10万多,自费药及外送检查近4万元,现正在做造血干细胞移植,费用预估30万左右,夫妻都在医院,家庭没有收入,还有小孩上学,实在无力支撑李立楠的治疗费用,特向基金会求助,望批复,万分感谢!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 李</p> <p>2025年12月12日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): Bvv. 至今住院费用10万余元 目前费用预计20万元 2025年12月12日 医师签名: 张林						
	<p>医院意见(盖章): 情况属实,请予救助</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万圆仟圆佰圆拾圆元零角零分)</p> <p>负责人签名: 张林 2025年12月12日 中山大学附属第一医院</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟肆佰肆拾伍元零角零分)</p> <p>负责人签名: 张林 2025年12月21日 秘书处 广东公益恤孤助学促进会</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:	李	性别:	女	年龄:	2岁
病种:	急性淋巴细胞白血病治疗医院:中山大学附属第一医院				

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), 将作为李的治疗费用。

受助人(监护人): 李

电 话

见证人(记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 李伟高

电 话: 18926052214

日 期: 2025年12月30日



姓名: 李

科别: 儿科二科

床号

住院号

出院患者疾病证明书

姓名: 李 性别: 女 年龄: 2岁 住院科别: 儿科二科 住院号

入院日期: 2025年10月28日 出院日期: 2025年11月13日

出院诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病, BIV(高危), 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗, 3. 睑内翻(左眼), 4. 倒睫(左眼), 5. 心包积液(少量), 6. 化疗后骨髓抑制(II级)

入院情况及诊疗经过: 患儿主因“确诊急性淋巴细胞白血病5月余, 反院治疗”入院, 余详见出院小结。



证明

兹证明 李 (身份证号码:)

家庭住址: 广西临桂县四塘乡 () ,

家庭为农村低保救助对象家庭。

开始享受日期为: 2025年06月01日

该证明开具日期为2025年12月10日, 自开具日期起有效期
为6个月。

家庭成员列表

序号	姓名	身份证号	享受月份	开始享受时间
1	李		12月	2025年06月01日
2	卢		12月	2025年06月01日
3	李		12月	2025年06月01日
4	李		12月	2025年06月01日



桂林市临桂区四塘镇人民政府 (盖章)
2025年12月10日

