

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: 2025714

申请日期: 2025年12月8日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	古		女	2017年12月03日			广东省中山市三乡镇
	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		南方医科大学珠江医院	2025年4月1日	30万至50万		
	购买保险情况及报销比例		<input type="checkbox"/> 新农合 _____%	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 70%	<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	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名;	
	父亲	古	35	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>5万</u> 元	
	母亲	江	34	健康		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车	
						4、家庭困难类型: <input 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>孩子患急性淋巴细胞白血病需要高额治疗费，目前只有爸爸一个人工作，需要养未成年孩子2人，老人2人，生活陷入困难，盼望得到关爱。因小孩前期治疗花费家里所有积蓄，还向亲戚朋友借了个遍，目前已经负债累累，欠款上十万实在无法承受后面昂贵的医疗费用。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 江 2025年12月8日</p>							
医院填写	<p>疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断为急性淋巴细胞白血病，需规律住院化疗，治疗费用约需 30万元</p> <p>医师签名: 赖为亮 2025年12月8日</p>						
	<p>医院意见（盖章）:</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分）</p> <p>负责人签名: 赖为亮 2025年12月12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 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分）</p> <p>负责人签名: 赖为亮 2025年12月29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: 古

性别: 女

年龄: 8

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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为古 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

电 话: 13924052214

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): 柯传豹

电 话: 18924052214

经办人: 柯传豹

电 话: 18924052214

日 期: 2025 年 12 月 30 日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：古

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11月13日

出院日期：2025年12月05日

检查结果：

诊断意见：

1. 脓毒血症；2. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；3. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，MEF2D-BCL9，HR，CR）；4. 化疗后骨髓抑制；5. 高脂血症；6. 药物性肝损害

处理意见：住院治疗。

医生签名：

赖育蓉

日期：2025年12月05日

签发单位：（盖章）



证 明

NO.

兹有 我村村民 郭 男 身份证号

其女儿 女 身份证号码

因病在南方医科大学珠江医院治疗。

在外务工，其妻子全身心照顾患病的女儿，无收入来源，除了患病的孩子以外，还要抚养另一个孩子，在高额的治疗费和日常生活开支的双重压力下，家庭经济陷入了临时困难，望各界给予支持和帮助，感谢！

经办人：

宋

(有效期 天)

特此证明

五华县梅林镇琴口村村民委员会

2025 年 7 月 26 日

