

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: 2026008

申请日期: 2025 年 12 月 15 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	2022.05.27			广东省高州市荷塘镇	
	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
	白血病		南方医科大学珠江医院	2025.9.27	30万~50万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 85 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	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	1、抚养 18 岁以下儿童 2 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 36000~4.5万 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 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		
	父亲	李	36	良好				
	母亲	周	35	良好				
申请救助理由（请详细描述）	小孩突发白血病，病情需要长期治疗，医疗费用支出较大，我无力承担这部分费用，导致家庭经济压力巨大。特向贵部门申请困难救助，帮助我家减轻医疗费用负担，确保孩子病情得到及时治疗。谢谢 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 周 2025 年 12 月 15 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，治疗费用约需30万元							
	医师签名: 赖尚蓉 2025 年 12 月 16 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 2025 年 12 月 17 日							
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥20,000.00 元（大写: 贰万零仟零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 2026 年 1 月 5 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: 李

性别: 女

年龄: 3

病种: 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), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林作勤

电 话: 18924052214

日 期: 2026年1月6日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：李 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12月16日 出院日期：
检查结果： 诊断意见： 1. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，ETV6-RUNX1，IR）；3. 化疗后骨髓抑制 处理意见：住院治疗。 医生签名：赖肖蓉 日期：2025年12月16日	

签发单位：（盖章）



证明

兹有高州市荷塘镇帝坑村委会 村民李 女，身份证号码 一家四口，哥哥 就读小学六年级，母亲在家照顾兄妹二人无工作，家庭经济来源依靠父亲一人工作，家庭开支大，经济十分困难，情况属实。

特以此证明

高州市荷塘镇帝坑村民委员会

2025年10月10日



