

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: 2026011

申请日期: 2025 年 12月16 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	魏		男	2023.12.25			广东省湛江市徐闻县	
	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
	急性淋巴细胞白血病		广东省医科大学珠江医院	2025.9.6	30万-40万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 65 %	☐ 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 1 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 40000 元 3、固定资产: 0 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	魏	32	良好				
	母亲	梁	29	良好				
申请救助理由（请详细描述）	尊敬的各位领导、本人小孩魏 在9月6号确诊:急性淋巴白血病 现在在广东省珠江医院治疗。我们夫妻两个刚结婚没多久。我在市全职带娃。孩子爸爸一个人在外打工薪资才4000元 家里还有爷爷奶奶。父母需要赡养。突闻恶耗，紧急求医。现在花费巨大由于小朋友年龄较小，一人照看不过来，现夫妻两人全职照顾。无法工作。后续还有好多次化疗，还有外购靶向药。现已无力去支持后续医疗费用，望各位帮帮我们 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2025 年 12 月 16 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）							
	是11月5日我院确诊“急性淋巴细胞白血病(Burkitt淋巴瘤)”拟按scuran-203方案予我院大剂量化疗。大剂量化疗费用约3-40万元。							
	医师签名: 李 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 ¥ 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: 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: 魏 性别: 男 年龄: 2岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广东省广州市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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为魏 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林作强

电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 1 月 5 日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：魏 科室：小儿综合内科病区 床号 ID号 住院号

科别：小儿综合内科病区	入院日期：2025年12月14日
-------------	------------------

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（Pro-B，KMT2A::MLLT1、PAX5，HR，CR）

处理意见： 住院治疗。

医生签名：  日期：2025年12月16日

签发单位：（盖章）

户主
照片

(核发单位加盖钢印)

核发单位: _____

发证日期: _____

户主姓名: _____

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名			性别	男性
出生年月	2023-12		民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码			家庭人口	
居住地址				
户籍地址				
低保资金 发放账号				
家庭成员情况	姓名	关系	月收入	

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名: _____	姓名: _____
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名: _____	姓名: _____

