

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：2026015

申请日期：2025年12月2日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	钟		男	2021-5-27			江西省赣州市兴国县		
	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		广州市妇女儿童医疗中心	2025.9.27	50万元		/	☐ 是 ☒ 否	
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 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 3 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 40000 元 3、固定资产： 0 套房子； 1 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	钟	37	健康					
	母亲	潘	34	健康					
申请救助理由（请详细描述）	我儿子钟 因为头上长了一个包头皮肿块物于2025年8月27号来到广州市妇女儿童医疗中心外科做了三次手术头皮切除术、头皮再植术及瓣转移术后面做了活检骨髓穿刺于9月27号确诊急性淋巴细胞白血病。目前已经花费20多万，后续费用预估还要30多万。家里还有90岁的太婆生病的奶奶。奶奶年初做了甲状腺癌手术做了活检确诊黑色素瘤每天都要吃药。两个姐姐目前在初中，孩子全靠爷爷奶奶照顾。我在照顾我儿子家里没有任何收入来源。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：潘 2025年12月12日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：患儿诊断急性淋巴细胞白血病，预估总费用50万元。								
	医师签名：WZM				2025年12月13日				
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥20000 元（大写：贰万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名：何靖雯 2025年12月16日								
广东公益恤孤助学促进会意见： 同意救助 ¥30,000.00 元（大写：叁万 零 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分） 负责人签名：何靖雯 2026年1月5日 秘书处									



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: 钟 [redacted] 性别: 男 年龄: 4岁

病种: 急性淋巴细胞白血病 (B细胞型) 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为钟 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 潘 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人:

电 话:

日 期: 2016年1月6日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 钟 性别: 男 年龄: 4岁 科别: 增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断: 1. 恶性肿瘤免疫治疗 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗 3. 脓毒血症 4. 急性淋巴细胞白血病(B细胞型, 低危) 5. 化疗后骨髓抑制

医嘱及建议: 患儿2025-11-16至2025-12-12在我院急诊留观治疗。

医师签名: 谢东昊
日期: 2025-12-12

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。



证明

兹证明，户主古 为兴国县崇
贤乡 人，截止 2026 年 1 月为农村低保在保对象，2025
年 12 月 26 日确认享受低保，家庭人数 8 人，在保 3 人(古
钟
钟



