

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：2026018

申请日期：2025年12月17日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		女	2022年10月			湖南省平江县长寿镇	
	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
	急性淋巴细胞白血病(B)		中山大学孙逸仙纪念医院	2025年9月9日	30万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 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） 50000 元 3、固定资产： 1 套房子； 1 辆摩托车； 1 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	吴	37岁	健康				
	母亲	宋	34岁	健康				
申请救助理由（请详细描述）	患病以来，治疗费用昂贵，父母在医院照顾小孩，没有经济收入，巨大医疗开支，已致其家庭生活拮据，特此申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名： 2025年12月17日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：确诊急性淋巴细胞白血病(B,中危)，按suha-ALL-2023标准治疗，化疗，口服药等，大约需花费20-25万元。							
	医师签名： 2025年12月17日							
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写：叁万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名： 2025年12月18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 仟 佰 拾 元 零 角 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: 吳	性别: 女	年龄: 3
病种: 白血病	治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院(花都院区)	

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), 将作为吳的治疗费用。

受助人 (监护人): 吳

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林修福

电 话: 18924052214

日 期: 2016年1月7日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:吴 性别:女 年龄:3岁 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:吴	住院号	出生地: 湖南省岳阳市平江县
性别:女	年龄:3岁	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间: 2025-11-19 15:08		出院日期: 2025-12-10 10:42
临床诊断: 1.急性淋巴细胞白血病返院化疗(B, IR, CR, CNS2, 伴高超二倍体核型); 2. 低蛋白血症; 3. 药物性肝损害; 4. 化疗后骨髓抑制; 5. 血小板减少; 6. 中度贫血;		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期: 2025-12-10 10:42		医生: 廖恩来



平江县长寿镇沙联村村民委员会

证 明

兹有我村村民：吴 [REDACTED] 男，身份证号码为 [REDACTED]

其女儿吴 [REDACTED] 身份证号码 [REDACTED]

患有急性淋巴细胞白血病，现就医于中山大学孙逸仙纪念医院。我村村民吴 [REDACTED] 上有年迈父母需要赡养，下有两个未成年孩子需要抚养。现因孩子生病治疗，夫妻二人在医院照顾孩子，无法工作，无生活来源！生活困难！情况属实，特此证明。

沙联村村委会

2025年12月6日



