

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：2026029

申请日期：2025年12月19日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	胡		女	2017.12.21			清远市清城区外五洲	
	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高危		广州市珠江医院	2025.3.4	21万元			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 45%	☐ 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 4 名； 2、家庭年收入（不含政府补贴） 105000 元 3、固定资产： 1 套房子； 0 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	胡	44	健康		
	母亲	陈	38	健康		

申请救助理由（请详细描述）	家庭人员重大疾病造成经济贫困。家中4孩两老人需赡养压力较大。患儿后续还有两大病两小病，费用大概8万元，已花费15万元（院内）外购药物费用较高，已欠债10万元。外购药费用大概20万元。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：陈 2025年12月19日
---------------	--

医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：	后继续治疗大概8万元以上
	医师签名：	吴新 2025年12月19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22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12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

(菩及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 胡 性别: 女 年龄: 8岁

病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 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), 将作为胡 的治疗费用。

受助人 (监护人): 胡

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2026年1月13日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：胡 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27日 出院日期：2025年12月05日
------------	--------------------------------------

检查结果： 详见诊疗经过。

诊断意见：

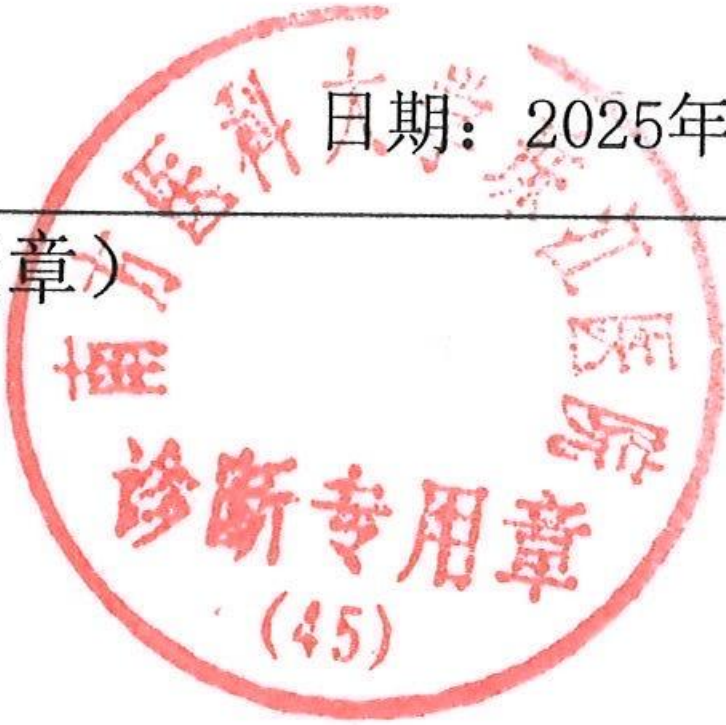
1. 急性淋巴细胞白血病化学治疗；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，NRAS，HR）；3. 化疗后骨髓抑制

处理意见： 住院治疗。

医生签名： 吴莉

日期：2025年12月05日

签发单位：（盖章）



道县祥霖铺镇白露塘村村民委员会

贫困证明

兹有我村村民胡 男，汉族；身份证号 家中8口人，父母年迈，儿子在读高一，大女儿、二女儿在读小学，最小的女儿才1岁半。妻子在家带孩子。家庭困难以上情况属实。

特此证明

白露塘村村民委员会

2025年12月10日



生活用电专用