

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: 2026035

申请日期: 2025年12月26日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	黄		男	2022年8月			广东湛江	
	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
	极重型再生障碍性贫血		中山大学孙逸仙纪念医院(南院区)	2025年6月	40-50万元			☐ 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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 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	黄	35	良好				
	母亲	陈	34	良好				
申请救助理由(请详细描述)	今年6月,我儿黄 被确诊为极重型再生障碍性贫血,前期采取药物治疗,效果甚微,今12月转入本院,再次检查发展为极重型再生障碍性贫血。目前只能采取造血干细胞移植治疗,预计医疗费用40-50万元。为了筹够移植费用,向亲戚借款,向银行贷款,也仅仅够押金,后期金额缺口大。因小孩小,她妈妈全权照顾,而我工作也在请假状态,收入甚少,积债越来越多。万般无奈之下,特向贵单位申请重症病童救助。若能获得帮助,我们全家将铭记恩情,未来必尽力回报社会。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄 2025年12月26日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 极重型再生障碍性贫血造血干细胞移植,治疗费用约 25-50万元。 医师签名: 徐晓芳 2025年12月26日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 3万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 林伟明 2025年12月31日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟零佰零拾元零角零分) 负责人签名: 秘书处 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

病童姓名:	黃	性別:	男	年齡:	3
病种:	救復後再生障礙性貧血				
治疗医院:	中山大学孙逸仙纪念医院				

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），将作为黃 的治疗费用。

受助人（监护人）: 黃

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: —

电 话: —

经办人: 林伟标

电 话: 18924052214

日 期: 2016年1月14日

【经数字签名认证】

中山大学孙逸仙纪念医院
疾病诊断证明书

姓名:黄 性别:男 年龄:3岁3月23天 科室:儿科五区(过渡区) 床号 住院号

姓名：黄	住院号	出生地：广东省湛江市坡头县(区)
性别：男	年龄：3岁3月23天	科室：儿科五区(过渡区)
入院日期：2025年12月16日 14时		出院日期：造血干细胞移植
临床诊断：再生障碍性贫血（极重型）		
治疗意见：造血干细胞移植中		
记录日期：2025-12-19 15:32		医生： 

湛江市坡头区官渡镇麻俸村民委员会

证明

兹有我村委会麻俸村村民黄 (男，身份证号 因其儿子黄 患有重度再生障碍性贫血，医疗费用较大，需要长期治疗，现因病导致家庭生活困难，情况属实。

特此证明。

麻俸村民委员会
2025年8月15日

