

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：2026039

申请日期：2025年11月12日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	陈		男	2025.4.16			广东省佛山市南海区	
	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(珠江新城院区)	2025.9.4	50万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别： /
	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 70_%	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 无	
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）7000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	陈	40	健康				
	母亲	谢	38	良好				
申请救助理由（请详细描述）	患儿年仅6个月，治疗周期长，医疗开销巨大。家庭因患儿患病后需老人24小时陪护，主要收入来源中断，且前期治疗已耗尽积蓄，无力承担后续医疗开支。 为保障患儿持续接受规范治疗，争取康复机会，特此申请恤孤助学救助，恳请审核批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名：谢 2025年11月12日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）：急性淋巴细胞白血病（婴儿白血病，KM14亚型），总疗程约2.5年，总费用约50万。							
	医师签名：何 2025年11月12日							
	医院意见（盖章）： 建议给予医疗救助金 250000.00 元（大写：贰拾万 仟 零 佰 零 拾 元 正 角 分） 负责人签名：何靖雯 2025年11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：贰拾万 仟 零 佰 零 拾 元 正 角 分） 负责人签名：何靖雯 2025年11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: 陈

性别: 男

年龄: 8月

病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城)

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 谢

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 19日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 陈 性别: 男 年龄: 4月 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病 2. 中枢神经系统白血病 3. 脓毒血症 4. 化疗后骨髓抑制

医嘱及建议: 1. 患儿于2025.09.04至2025.10.31在我院珠-血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: / 刘晋齐

日期: 2025年10月30日 09:37:23

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。



户主姓名	陈	性别	男
出生年月	1985/03/15	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	
居住地址	佛山市南海区人陈		
户籍地址	佛山市南海区人陈		
低保资金 发放账号			
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	陈	配偶	/
	陈	父子	/
	陈	父女	
	陈	父子	/

家庭成员照片	
	
姓名: 陈	姓名: 陈
	
姓名: 陈	姓名: 陈



