

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: 2026046 温暖1696号

申请日期: 2026年1月3日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	吴		男	2013.11.02			广东清远
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	横纹肌肉瘤		广州市妇女儿童医疗中心	2025年3月	30万		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 <u>50</u> %	☐ 城镇居民 <u> </u> %	☐ 商业保险 <u> </u> %	☐ 其他保险 <u> </u> %	☐ 无
	是否残疾		☐ 是 ☒ 否				
病童家庭情况	父亲	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 <u>2</u> 名;	
	母亲	吴	41	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>3万</u> 元	
申请救助理由（请详细描述）	2014年4月半岁时发现地中海贫血需要每月输血治疗这种情况一直维持到3岁。2016年11月在广州妇女儿童医疗中心做了干细胞移植。2022年8月因流鼻血眼睛肿检查发现横纹肌肉瘤在广州中二做手术及化疗16次。放疗20次后按医嘱定期复查。今年3月份复查发现横纹肌肉瘤复发需要继续化疗6次。放疗30次。现在广州妇女儿童医疗中心自体干细胞移植。治疗费用约30万元。治疗费用现都是通过亲朋好友借款筹款。						
	本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 2026年1月3日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断横纹肌肉瘤。费用巨大。30万元以上。						
	医师签名: 骆群立 2026年1月3日						
医院意见（盖章）:							
建议给予医疗救助金 ¥ <u>15000</u> 元（大写: 壹万伍仟一佰一拾一元一角一分）							
负责人签名: 何靖雯 慈善基金会盖章 2026年1月4日							
广东公益恤孤助学促进会意见:							
同意救助 ¥ <u>30,000.00</u> 元（大写: 叁万零仟零元零角零分）							
负责人签名: 林钧泽 2026年1月19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: 吳	性别: 男	年龄: 12岁
病种: 横纹肌肉瘤	治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心	

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:

电 话:

日 期:

林作韵

18924052214

2026年 1月 20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: 吴 性别: 男 年龄: 12岁 科别: 珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断: 1. 横纹肌肉瘤（复发） 2. 造血干细胞移植状态（重型β地贫）

医嘱及建议: 患儿于2025-12-28至今在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 
日期: 2026-01-03 14:09:47



- 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	吴	性别	男性
出生年月	2013-11-02	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	1人
居住 地址	连州镇		
户籍 地址	连州镇		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	吴	本人	0元

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

