

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: 2026058

申请日期: 2025年12月24日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	叶		女	2010年2月			广东省云浮市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	T细胞淋巴瘤		广东省人民医院	2025年8月10日	35万		
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 <u>3</u> 名;	
	父亲	叶	42	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>36000</u> 元	
申请救助理由（请详细描述）	母亲	程	41	良好		3、固定资产: <u>农村自建房</u> ; <u>2</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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						
患儿母亲自小孩住院以来已全程停工在医院照顾。配合医院治疗没有任何经济收入。父亲工作中还要照顾两个小孩。经济收入骤减。经济收入困难。特此申请资助。望批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 叶 2025年12月24日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿经纵隔肿物病理检查, 确认为“非霍奇金淋巴瘤(T淋巴母细胞淋巴瘤, T_{NM}3)”, 在我院定期化疗治疗, 预计费用20万元(医保报销后)。 医师签名: 李小康 2025年12月24日						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 <u>30000</u> 元（大写: <u>叁万零仟零佰零拾零元零角零分</u>） 负责人签名: 林钧泽 2026年1月7日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 <u>25000.00</u> 元（大写: <u>贰万伍仟零佰零拾零元零角零分</u>） 负责人签名: 林钧泽 2026年1月26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: 叶 性别: 女 年龄: 15
病种: 淋巴瘤 治疗医院: 广东省人民医院

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), 将作为叶 的治疗费用。

受助人 (监护人): 叶

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 27 日

广东省医学科学院

GUANGDONG ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES



广东省人民医院

GUANGDONG PROVINCIAL PEOPLE'S HOSPITAL

疾病诊断证明书

科室： 儿童血液科 编号：
姓名： 叶 性别： 女性 年龄： 15岁 住院号(门诊号)：
入院日期： 2025-11-07 出院日期： 2025-12-03 床号：

处理意见：

患儿诊断“1. 化疗后骨髓抑制；2. 恶性肿瘤维持性化学治疗；3. 非霍奇金淋巴瘤；4. 低蛋白血症；5. 急性胃炎”在我院住院治疗。



诊断：

1. 化疗后骨髓抑制；2. 恶性肿瘤维持性化学治疗；3. 非霍奇金淋巴瘤；4. 低蛋白血症；5. 急性胃炎

医嘱：

儿童血液肿瘤科随诊，拟1周后返院复查骨髓情况，并行第一次的HDMTX+6-MP方案化疗治疗，联系电话：

复诊建议：

医师： 李永康

日期： 2025年12月03日

注： 1. 加盖疾病诊疗专用章后方可生效，遗失不补
2. 涂改无效
3. 只作疾病证明，不得作其它证明使用

情况说明

兹有我黄岗塍村委 [REDACTED] 村民叶 [REDACTED] 女，身份证号 [REDACTED] 为 [REDACTED] 在广东省人民医院接受治疗，其母亲程 [REDACTED] 身份证号为 [REDACTED] 目前已离职专门 24 小时陪护；父亲叶 [REDACTED] 身份证号为 [REDACTED] 微薄的收入是家中唯一来源，家中还有两个妹妹都是学生，还需要学费和生活费。目前在医院整体的开销较大，现阶段因非霍奇金淋巴瘤疾病导致家庭经济负担较大，基本生活陷入困境。

以上情况属实，特此证明！

黄岗塍村民委员会

2025 年 10 月 15 日



