

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: 2026057

申请日期: 2026年1月7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	2016/7/28			广东省恩平市	
	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		南方医科大学珠江医院	2025年8月25日	40万			☐ 是 ☒ 否
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60%	☐ 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 2 名;		
	父亲	黄	男	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 2~3万 元		
	母亲	梁	女	健康		3、固定资产: 1 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		
申请救助理由(请详细描述)		因小孩此前治疗费用花光家里所有积蓄,还有亲戚朋友借了个遍,目前已经负债累累,靠父亲打零工支撑。欠款上千万实在无法承受后面昂贵的费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁 2026年1月7日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为急性淋巴细胞白血病,需规律化疗。后续治疗费用需40万元 医师签名: 赖列芳 2026年1月12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: 2026年1月13日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥15,000.00 元(大写: 壹万伍仟零佰零拾元零角零分) 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

(普及深呼吸共愈计划)

病童姓名: 黃 性别: 男 年龄: 10岁
病种: 急性淋巴細胞白血病 治疗医院: 南方医科大学珠江医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元 (大写: 人民币壹万伍仟元), 将作为黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

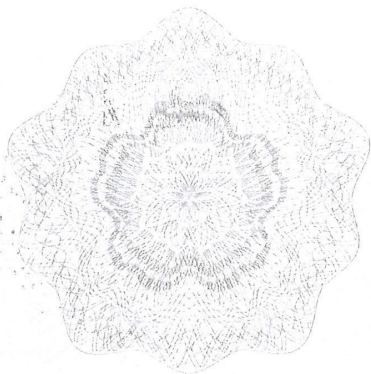
日 期: 2026年 1月 27日

南方医科大学珠江医院
诊断证明书

姓名：黄 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12月23日 出院日期：2025年12月29日
检查结果： 诊断意见： 1. 急性淋巴细胞白血病化疗治疗；2. 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，BCR-ABL，HR，CR）；3. 白细胞减少；4. 甲氨蝶呤排泄延迟；5. 化疗所致恶心和呕吐 处理意见：住院治疗 医生签名：赖肖豪 日期：2025年12月29日	

签发单位：（盖章）



核发单位: 恩平
发证日期: 2026-01-05
户主姓名: _____
身份证号码: _____
低保证编号: _____

户主姓名	黄	性别	男性
出生年月	1978-04-14	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码			4
居住 地址	广东省恩平市良西镇		
户籍 地址	广东省江门市恩平市良西镇		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	黄	本人	0
	梁	配偶	0
	黄	子	0
	黄	子	0

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:
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:

