

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: 2026139

申请日期: 2026年2月2日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	曹	女	2019-12-20		湖南省沅陵县沅陵镇		
	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
	幼年粒单核细胞白血病	广州市南沙区第一人民医院	2023年12月7日	30万		/	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 50%	<input type="checkbox"/> 城镇居民	<input type="checkbox"/> 商业保险	<input type="checkbox"/> 其他保险	<input type="checkbox"/> 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 2 名;		
	父亲 曹	34	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 40 元		
	母亲 田	32	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小汽车		
4、家庭困难类型: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input checked="" type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 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)	<p>尊敬的各位领导您好!</p> <p>本人曹 是孩子的父亲, 家住湖南省沅陵县沅陵镇 现向各位领导为孩子申请救助资金, 孩子于2023年12月7日在《广州海珠区南方医科大学附属医院》确诊了《幼年粒单核细胞白血病》, 当时听到这消息一下子天塌了一样, 无法接受, 但还是要面对事实, 途平为了给孩子更好的治疗换了3家医院, “苍天不负有心人”终于找到了治这病的专科医生, 治疗期间, 我们曾循医嘱, 先后接受了甲基化治疗等... 累计花费了十多万元, 对于普通家庭的我们早已耗尽, 亲友们帮扶也已穷尽, 目前, 孩子病情已恶化, 必须进行造血干细胞移植, 才能让孩子延续生命, 但移植手术后期抗排斥液, 本人保证上述情况完全真实, 治疗康复护理费用预计高达30万以上, 为了不让孩子因资金问题错失救治机会, 特向各位领导申请救助, 感谢各位领导体谅与帮助。</p> <p>申请人签名: 曹 2026年2月2日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患《幼年粒单核细胞白血病》, 拟行造血干细胞移植治疗, 预计总费用30万元。 医师签名: 宗 2026年2月2日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30,000 元 (大写: 叁万零零零零零元零角零分) 负责人签名: 宗 2026年2月3日						
广东公益恤孤助学促进会意见:  同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万零零零零零元零角零分) 负责人签名: 林钧泽 2026年2月25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: 曹	性别: 女	年龄: 6岁
病种: 幼年型粒单核细胞白血病	治疗医院: 广州市第一人民医院(南沙区)	

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), 将作为曹 的治疗费用。

受助人 (监护人): 曹

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林作韵

电 话: 18924052214

日 期: 2026年2月27日

广州市第一人民医院
住院（留观）患者电子诊断证明书

姓名：曹 编号：
身份证号： 性别：女 年龄：6岁27天
病区：南沙细胞与基因治疗病区 住院号：
入院日期：2026-01-16 床号：
出院日期：2026-02-16

入院诊断：1、恶性肿瘤维持性化学治疗；2、幼年粒单核细胞白血病；3、口腔感染；

出院诊断：1、恶性肿瘤维持性化学治疗；2、幼年粒单核细胞白血病；3、化疗后骨髓抑制；4、感染性发热；5、粒细胞缺乏；6、血小板减少；7、口腔感染；

病情摘要：

备注：患者院外因带状疱疹感染治疗。拟2026-03-02入仓行异基因造血干细胞移植（最终以实际为准）。

医生签名： 签名时间：2026-02-16 09:48
(住院病区盖章)



(本诊断证明书未经医生签名及盖章无效)



证 明

兹有沅陵县沅陵镇 姓名：曹 性别：
女，身份证 此人于 2024 年 3 月纳入
低保，系我县低保保障对象。

特此证明。



