

### 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: 2026187

申请日期: 2026年3月5日

|  |   |  |                                 |                                 |   |          |  |
|--|---|--|---------------------------------|---------------------------------|---|----------|--|
| 病童资料   | 姓名  | 性别   | 出生年月                            | 身份证号码                           | 户籍所在地   |          |  |
|  | 王   | 男  | 2014.7.2                        |                                 | 贵州省荔波县  |          |  |
|  | 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   |
| 急性髓系白血病  | 广州市妇女儿童医疗中心(珠)  | 2025.11.10   | 50-80万                          |                                 |   |          | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
| 购买保险情况及报销比例  | <input type="checkbox"/> 新农合 %  | <input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 <u>30</u> % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input type="checkbox"/> 其他保险 % | <input type="checkbox"/> 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 <u>1</u> 名;   |          |  |
|  | 父亲 王  | 41   | 健康                              |                                 | 2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>8.5万</u> 元   |          |  |
|  | 母亲 欧  | 38   | 健康                              |                                 | 3、固定资产: <input checked="" type="checkbox"/> 套房子; <input checked="" type="checkbox"/> 辆摩托车; <u>1</u> 辆小车 |          |  |
| 4、家庭困难类型:<br><input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input checked="" type="checkbox"/> 街镇开具困难证明;<br><input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input 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>儿子(王)于2025年11月10日在广州市妇女儿童医疗中心(珠)确诊急性髓系白血病,目前已完成3个阶段化疗,支付医疗费高达十几万,后续需进行干细胞移植,预计费用高达50-80万,该费用已远超家庭承受能力,特申请救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。<br/>申请人签名: 欧 2026年3月5日</p> |  |                                 |                                 |   |          |  |
| 医院填写   | <p>疾病诊断及治疗(费用): 患儿目前诊断:急性髓系白血病,目前已完成3个阶段化疗,后续行干细胞移植,预计费用约50~80万元。</p> <p>医师签名: 苗慧敏 2026年3月5日</p>  |  |                                 |                                 |   |          |  |
|  | <p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元(大写: <u>叁万</u> 元 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 何靖恩 2026年3月5日</p>   |  |                                 |                                 |   |          |  |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ <u>25,000.00</u> 元(大写: <u>贰万伍仟零佰零拾</u> 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 周其明 2026年3月16日</p>   |   |  |                                 |                                 |   |          |  |



# 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: 王 [redacted] 性别: 男 年龄: 11岁  
病种: 急性髓系白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江)

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), 将作为王 [redacted] 治疗费用。

受助人 (监护人): 王 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 柯作音

电 话: 18924052219

日 期: 2016年3月17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: 王 性别:男 年龄:11岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断:1. 急性髓系白血病

医嘱及建议: 患儿2025-11-07起至今在我院血液肿瘤科（珠）治疗, 请筹集50-80万治

医师签名: 张茹/王鹏飞/周涛

日期: 2025年11月10日 11:00:00



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。

## 家庭情况说明

兹有患儿王 [ ] 患 急性髓系白血病 疾病，性别 男，  
年龄 11 岁，是 贵州省黔南州荔波县小七孔镇联江村 [ ]  
组，（父亲：王 [ ] 母亲：刘 [ ] 村民的儿子。因治疗费  
用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金  
会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：王 [ ] 身份证号：[ ]

患儿母亲：刘 [ ] 身份证号：[ ]

情况属实，特此证明。

村委会盖章：



联江村 村民委员会  
2026 年 1 月 17 日

