

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: 2026190

申请日期: 2026年3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		
	黄	女	2011.3.26		广东省阳江市阳东区		
	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
病童家庭情况	急性白血病(母细胞性浆细胞样树突状细胞瘤)		广州市妇女儿童医院	2025.8	40万		<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	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
申请救助理由(请详细描述)	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 名;		
	父亲 黄	53	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 4万 元		
医院填写	母亲 岑	47	良好		3、固定资产: 1 套房子; 2 辆摩托车; 无 辆小车		
					4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input 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		
<p>因小孩患有急性白血病(母细胞性浆细胞样树突状细胞瘤)目前化疗已花了15万块,后续还需要干细胞移植,目前医生评估需要40万治疗费用,因家庭经济困难,无力承担此费用,望有关部门给予帮助,你们的帮助就是小孩活下去的希望,谢谢。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 岑 年 2026 月 3 日 2</p>							
<p>疾病诊断及治疗(费用): 急性白血病(母细胞性浆细胞样树突状细胞瘤), 预计费用 40~60万元</p> <p>医师签名: [Signature] 2026年3月2日</p> <p>医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 何靖定 慈善基金审批专用章 2026年3月2日</p>							
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥30,000.00 元 (大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 周其明 2026年3月6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: 黃	性別: 女	年齡: 14
病種: 急性白血病(母細胞性漿細胞樣樹突狀細胞髓)	治療醫院: 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), 将作为黃 的治疗费用。

黃 受助人 (监护人): 黃

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林传喜

电 话: 18924052214

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：黄 性别：女 年龄：14岁 科别：珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性白血病(母细胞性浆细胞样树突状细胞瘤) 3. 肝功能检查的异常结果 4. 低钾血症

医嘱及建议：患儿于2026.02.22-2026.02.26在我院珠江新城-血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：//匡飞梅 匡玲

日期：2026年02月26日 10:00:00



- 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。

