

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: 2026189

申请日期: 2026年3月4日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	胡	男	2023年11月		陈广宁	
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	急性淋巴细胞白血病	广东省中医院 大德路总院	2026年11月6日	30万		
	是否残疾	<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 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明	
	父亲	胡	男	正常		
	母亲	黄	女	正常		
申请救助理由(请详细描述)	本人胡 家庭成员6人, 现在务农, 无经济来源, 因儿子胡 急性淋巴细胞白血病, 白细胞减少(重度), 贫血性心脏病, 导致家庭生活困难, 需要申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 胡 2026年3月4日					
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿诊断为B-ALL(高危), 目前行SCCP-ALL-2023年化疗, 治疗费用约30万元。 医师签名: 2026年3月4日					
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000元 (大写: 叁万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2026年3月4日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥25,000.00元 (大写: 贰万 伍仟 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 周慧娟 2026年3月16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

病童姓名: 胡	性别: 男	年龄: 3
病种: 急性淋巴细胞白血病	治疗医院: 广东省中医院(大德路总院)	

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), 将作为胡 的治疗费用。

受助人 (监护人): 胡

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2026年3月17日

诊断证明

患儿胡 [REDACTED] 男, 2岁, 身份证号 [REDACTED] 住院号 [REDACTED]

患儿因“间断发热伴关节疼痛1月余, 加重伴面色苍白1周”于2026年1月6日入院, 目前主要诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病 急性淋巴细胞性白血病 (Common-B)

特此证明!



证 明

兹有本辖区胡 [REDACTED] 男，身份证 [REDACTED]
家庭成员 6 人，胡 [REDACTED] 现在家务农，无经济来源，因儿子
胡 [REDACTED] 急性淋巴细胞白血病、全血细胞减少（重度）、贫血
性心脏病，导致家庭生活经济困难。

特此证明

情况属实



广宁县南街街道聚和村民委员会

2025 年 1 月 12 日

