

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: 2026202

申请日期: 2026年3月10日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	[模糊]		女	20111009	[模糊]		湖南	
	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		株洲市二医院	2025.6.8.4	50-60W			<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 type="checkbox"/> 新农合 %	<input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 无		
			40 %					
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	[模糊]	38	良好	[模糊]			
	母亲	[模糊]	39	良好	[模糊]			
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>5W</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</u> 辆小车 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 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)	由于孩子生病目前妈妈一人上班, 收入微薄, 家中还有一个妹妹上小学, 实在无力支撑高昂的医疗费用。妹妹每月费用 2000 加上妹妹的费用! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: [模糊] 2026年3月10日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性髓系白血病, 行化疗 6 个疗程, 共费用 30-40 万元。 医师签名: [模糊] 2026年3月10日							
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万零仟元整) (拾元一角一分) 负责人签名: 何靖度 2026年3月11日							
	广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥20,000.00 元 (大写: 贰万零仟元整) (拾元一角一分) 负责人签名: [模糊] 2026年3月11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: 向	性别: 女	年龄: 14
病种: 急性髓系白血病	治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医院中心 (珠江新城院区)	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为向 的治疗费用。

受助人 (监护人): 向

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18924052214

日 期: 2026年3月24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：向 性别：女 年龄：14岁 科别：珠-血液肿瘤科I组 床号 住院号

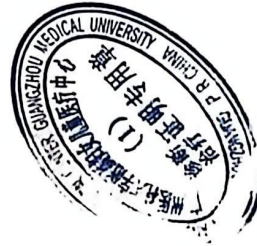
诊断：1. 治疗后恢复期 2. 干细胞移植状态 3. 急性髓系白血病

医嘱及建议： 患儿于2026.02.10在我院增城院区血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：  宫薇薇/陈耀焯

日期：2026-02-10

- 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。





湖南省民政厅制

证书编号: _____

经审核,你家庭符合农村最低生活保障有关法律法规规定,同意享受最低生活保障待遇,特发此证。

批准机关:

龙山县 民政局(盖章)

2015年10月17日



户主姓名 白

性 别 女

出生年月 _____

家庭人口 3人

当地保障标准 _____

所在乡镇 石牌镇

身份证号码 _____

家庭住址 石牌镇



2015年保障金额领取登记表

月份	保障人口	户领取金额	经办人	备注
第一季度				
第二季度				
第三季度				
第四季度	2人	388元/月/户		

