

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: 2026201

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 | | |
| | 吴 | 男 | 2015.10.20 | | 广东省广州市番禺区钟村街 | | |
| | 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 |
| | 高级别B细胞淋巴瘤 | 广州市妇女儿童医疗中心 | 2025.12.16 | 300000 | | | <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 % | <input type="checkbox"/> 城镇居民 % | <input type="checkbox"/> 商业保险 % | <input checked="" type="checkbox"/> 其他保险 % 学生险 | <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 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 30000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 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 | 吴 | 33 | 良好 | | | |
| | 母亲 | 周 | 29 | 良好 | | | |
| 申请救助理由 (请详细描述) | 尊敬的领导: 本人子女吴 10岁, 确诊了高级别B细胞淋巴瘤, 现于广州市妇女儿童医院接受化疗及靶向治疗, 医疗费用高昂。家庭因陪护中断收入, 前期治疗耗尽积蓄, 后续费用无力承担, 特申请求助, 万分感谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 2026年3月5日 | | | | | | |
| 医院填写 | 疾病诊断及治疗 (费用): 诊断: B细胞淋巴瘤, 治疗时间约半年, 治疗费用约 30-50万元。 | | | | | | |
| | 医师签名: 杨建萍 2026年3月5日 医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元 (大写: 贰万伍仟 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年3月6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 元 零 角 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年3月25日 秘书处 | | | | | | | |



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: 吳 [redacted] 性别: 男 年龄: 10
病种: 恶性肿瘤 子细胞淋巴瘤 治疗医院: 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 25,000 元 (大写: 人民币贰万伍仟元), 将作为吴 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 吳 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 林传富

电 话: 18924052214

日 期: 2026年3月24日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：吴 性别：男 年龄：10岁 科别：增-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. B细胞淋巴瘤 3. 脓毒血症

医嘱及建议：患儿于2026. 1. 13至2026. 1. 25在我院增-血液肿瘤科2组。

医师签名： / 尹雅文

日期：2026年01月25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。



雷州市唐家镇杜陵村民委员会

证明

兹有我村委会杜陵村村民吴 (男) 身份证号码: 其父亲吴 (男) 身份证号码: 在家务农, 家庭收入年均壹万元以下, 生活非常困难。望有关单位给予经济补贴为盼。

特此证明

雷州市唐家镇杜陵村民委员会

2026年2月12日



