

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: 2026207

申请日期: 2026年3月9日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周		男	2019.01.31			广西宾阳县甘棠镇	
	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
	T淋巴瘤/白血病		广州市妇女儿童医院	2025年11月	50万			<input type="checkbox"/> 是 <input 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 100%	<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 2 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 40000 元 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 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 type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
	父亲	周	33	良好				
	母亲	林	29	轻度残疾				
申请救助理由(请详细描述)	<p>患儿周 今年7岁, 2025年11月确诊T淋巴瘤/白血病, 家庭6口人, 爷爷二级肢体残疾, 无劳力, 奶奶在家照顾接送孙女上学, 母亲在医院照顾患儿住院, 目前无法工作, 姐姐(9岁)在读小学, 全家靠父亲跑外卖维持生活, 经济压力大, 难以承担后续治疗费用, 特申请救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2026年3月9日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 确诊T淋巴瘤/白血病, 治疗时间长, 费用巨大, 负担沉重。							
	医师签名: 梁桂西 2026年3月9日 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 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年3月10日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥30,000.00 元 (大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年3月23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: 周 [redacted] 性别: 男 年龄: 7岁
病种: T淋巴母细胞淋巴瘤 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 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为周 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 林传毅

电 话: 18924052214

日 期: 2026年3月25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：周 性别：男 年龄：7岁 科别：珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断： 1. 感染性发热 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗 3. T淋巴母细胞白血病/淋巴瘤

医嘱及建议：于2026. 2. 16-2026. 2. 22我院珠-血液肿瘤科住院治疗。

医师签名：胡静琪

日期：2026年02月22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。



证明

兹证明周 (身份证号码:

家庭住址: 邓村村委会

为农村低保救助对象。

开始享受日期为: 2026年01月01日

该证明开具日期为 2026年01月15日, 自
开具日期起有效期为 6 个月。

甘棠镇民政办公室 (盖章)

2026年01月15日



