

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: 2026218

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		
	男	男	2017.2.25		广东省佛山市		
	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
	急性单核细胞白血病M5	广州市第一人民医院	2024年11月	60万		/	<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 2 名;		
	父亲	男 45	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元		
	母亲	/	/	/	3、固定资产: 1套房子; /辆摩托车; /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 checked="" 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)	<p>我儿男 于2024年11月在广州市第一人民医院确诊单核细胞白血病M5型。经过两次化疗转阴做了造血干细胞移植、移植后九个月于2025年11月复发、现在正在治疗中。医生建议做二次移植。我是单亲家庭。上有70岁父母要养，下有14岁女儿。和现在9岁患病儿子要照顾。从年初到现在已经花光家里所有的积蓄。还欠一身外债。深感无奈。恳请社会各界慈善机构伸出援手！</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 男 2026年3月10日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用):						
	<p>诊断: 急性单核细胞白血病CM5, KMT2A: MLLT1阳性 移植后复发</p> <p>目前在我院化疗, 已用费用8万零元, 后期需行二次异基因干细胞移植及移植后治疗, 总费用约60万元。医师签名: 张瑞 2026年3月10日</p>						
	医院意见(盖章):						
<p>建议给予医疗救助金 ¥ 30,000 元(大写: 叁万零仟零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 李月琴 2026年3月16日</p>							
广东公益恤孤助学促进会意见:							
<p>同意救助 ¥ 30,000.00 元(大写: 叁万零仟零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 李锐 2026年3月30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: 罗 [redacted]	性别: 男	年龄: 9
病种: 急性单核细胞白血病 治疗医院: 广州市第一人民医院		

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), 将作为罗 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 罗 [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 [redacted]

电话: 18924052219

日期: 2026年3月31日

广州市第一人民医院
住院（留观）患者电子诊断证明书

姓名：罗 性别：男 年龄：8岁
身份证号： 住院号：
病区：血液内科清洁病房 床号：
入院日期：2026-02-07 出院日期：未出院

入院诊断：1、急性单核细胞性白血病(M5型, KMT2A::MLLT1融合基因阳性)；2、造血干细胞移植术后；3、支气管肺炎；

出院诊断：1、急性单核细胞白血病(M5型, KMT2A::MLLT1融合基因阳性, 移植术后, 复发)；2、造血干细胞移植术后；3、化疗后骨髓抑制合并感染；4、重症肺炎(腺病毒)；5、肠道念珠菌病(白色念珠菌)；6、电解质紊乱(低钾、低钠)；7、低血容量性休克；8、低蛋白血症；

病情摘要：患者造血干细胞移植术后复发，需行二次造血干细胞移植治疗，2026年3月27日入仓开始预处理，拟2026年4月2日输注供者造血干细胞。

备注：

医生签名：周

签名时间：2026-03-29 08:37

(住院病区盖章)



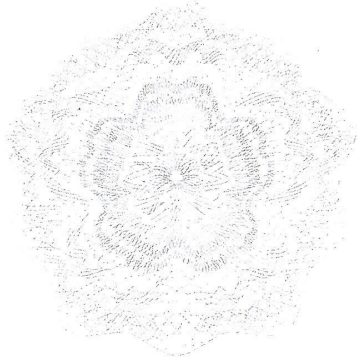
住院诊断证明专用章

(出入院结算处盖章)



(本诊断证明书未经医生签名及盖章无效)





核发单位: 阳山县民政局
发证日期: 2025年2月1日
户主姓名: 罗
身份证号码:
低保证编号:

户主姓名	罗	性别	男
出生年月	2017年2月	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	1人
居住地址	广东省阳山县杨梅镇		
户籍地址	阳山县杨梅镇		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	罗	本人	0

家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
姓名:		姓名:	

