

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: 2026312

申请日期: 2026年4月16日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	谭	男	2012年9月18日		肇庆市怀宁县水镇		
	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
	重型B型地中海贫血	广州市第一人民医院	2013.5.10	100万元			<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 40%	<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) 33 元 3、固定资产: /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		
	父亲	谭	38	健康			
	母亲	熊	34	健康			
申请救助理由(请详细描述)	<p>患儿2013年5月10日确诊B型地中海贫血,前期一直在贵州贵阳市妇幼保健院住院输血,排铁治疗,费用高昂,家庭经济压力巨大,患儿父亲工地出事故,暂无收入,2025年9月11日在广州市第一人民医院行基因治疗(自体造血干细胞移植),医保有报销,很多特效药都不能报销,亲友借示欠,手机借款等方式,现不知还要多少费用,无奈申请相关救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 熊 2026年4月16日</p>						
医院填写	<p>疾病诊断及治疗(费用): 患者诊断重型B型地中海贫血,2025年9月11日行地中海贫血基因治疗(自体造血干细胞移植)预估治疗总费用100万元。</p> <p>医师签名: 江思琪 2026年4月16日</p>						
	<p>医院意见(盖章):</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元(大写: 五万零仟零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 姜明 2026年4月16日</p>						
<p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 35,000.00 元(大写: 叁万伍仟零拾零元零角零分)</p> <p>负责人签名: 叶锐明 2026年5月6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: 譚 [redacted] 性别: 男 年龄: 13岁
病种: 重型β型地中海贫血 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 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为譚 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 熊 [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: 18924052214

日期: 2026年5月7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：谭 性别：男 年龄：13岁
身份证号： 住院号：
病区：南沙细胞与基因治疗病区 床号：13
入院日期：2026-04-07 出院日期：/

入院诊断：1、重型β型地中海贫血（输血依赖型）；2、铁过载；3、自体造血干细胞移植状态（地中海贫血基因治疗）；

出院诊断：/

病情摘要：

备注：患者正在住院治疗中。

医生签名：岑金祺

签名时间：2026-04-13 18:54

（住院病区盖章）

住院诊断证明专用章

（出入院结算处盖章）

证明专用章

（本诊断证明书未经医生签名及盖章无效）

流水号

证 明

兹有我区(县) 分水镇 居民 谭 , 男 , 身
份证号码 , 户籍地: 重庆市万州区分水镇红古村 ,
系我区(县) 最低生活保障 对象。(该证明仅限本月有效)

特此证明!

联系电话



