

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: 2026319

申请日期: 2026年4月13日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	张		男	2017.09.12			广东省化州市	
	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 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否
	急性淋巴细胞白血病		中山大学孙逸仙纪念医院	2026.1.5	30万			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 70%	<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			
	父亲	张	31	健康				
	母亲	陈	26	健康				
申请救助理由(请详细描述)	<p>患儿张男, 2017年9月出生, 于2026年1月5日在中山大学孙逸仙纪念医院确诊为急性B淋巴细胞白血病, 目前正在接受规律化疗, 后续需完成多疗程化疗及维持治疗, 预估总治疗费用30万元。家庭共3名未成年子女, 仅靠父亲打零工维持生计, 家庭年收入仅2万元, 无自有住房, 仅靠摩托车代步, 家庭经济极度困难。患儿治疗期间已产生高额医疗费用, 医保报销后自付部分仍远超家庭承受能力, 已向亲友多方借款, 无力承担后续治疗费用, 特申请本项目救助, 望批准。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 张 2026年4月13日</p>							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊急性淋巴细胞白血病, 按SCCCG-18U-2024进行治疗, 预计治疗费用约30万元, 特此证明 医师签名: 林伟明 2026年4月15日							
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 3万 元 (大写: 叁万 元 零 角 分) 负责人签名: 林伟明 2026年4月15日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 40,000.00 元 (大写: 肆万 零 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 林伟明 2026年5月6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: 张	性别: 男	年龄: 8岁7个月
病种: 急性淋巴白血病	治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院(花都院区)	

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 40,000 元 (大写: 人民币肆万元整), 将作为张 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:


电 话: 18924052214

日 期: 2026 年 5 月 6 日

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:张 性别:男 年龄:8岁7月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:张	住院号	出生地:广东省茂名市化州市
性别:男	年龄:8岁7月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-04-13		出院日期:2026-04-19
临床诊断:1.恶性肿瘤维持性化学治疗; 2.急性淋巴细胞性白血病(返院化疗, B, CR, IR); 3.药物性肝损害;		
治疗意见: 详见出院小结, 拟【2026-04-27】于返院行巩固第2次MTX冲击治疗。		
记录日期:2026-04-19	医生: 	



户主
照片

(核发单位加盖钢印)

核发单位: 郑州市民政局
发证日期: 2026.4.1
户主姓名: 张
身份证号码: _____
低保证编号: _____

户主姓名	张	性别	男
出生年月	2017.09	民族	汉
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	1
居住 地址	郑州市		
户籍 地址	郑州市		
低保资金 发放账号	郑州市		
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:	
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:	

