

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: 2026341

申请日期: 2026年5月7日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	关	女	2022.02.12		怀阳江		
	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
	急性白血病	广州市妇女儿童医疗中心	2025.12.9	40万		/	<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 1 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 30000 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 1 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	关	31	健康	
	母亲	邢	31	健康	

申请救助理由(请详细描述):
 因患白血病从初步检查到确诊,再到后面治疗过程中,一病和三病花费较大,现在已经花费二十万(报销后的费用)在2023年靠父亲做生意失败,欠了近10万债,母亲打零工维持生活,本以为早日能还清债,天有不测风云,小孩生病母亲也无法工作,只能靠爸爸打工,后面还很长时间治疗,家里还有两个老人要养,现在债多欠了30万面对巨大的治疗费用,实在无力支撑,希望得到帮助,谢谢
 本人保证上述情况完全真实。
 申请人签名: 邢 2026年5月7日

医院填写	疾病诊断及治疗(费用):	患儿诊断为急性淋巴细胞白血病,治疗期间总费用在40万左右。
	医师签名:	何靖 2026年5月7日
	医院意见(盖章):	建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元 (大写: 贰万伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖 2026年5月8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 佰 拾 元 角 分)
 负责人签名: 何靖 2026年5月8日



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: 李 性别: 女 年龄: 4
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

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), 将作为关 李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林

电 话: 18924052219

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): 林

电 话: 18924052219

经办人: 林

电 话: 18924052219

日 期: 2016年5月19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: 关 性别: 女 年龄: 4岁 科别: 增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断: 1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议: 患儿于2026.03.27至2026.04.12在我院增城血液肿瘤科治疗。

医师签名: / 肖新华/温婉仪

日期: 2026.04.12

- 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。



家庭情况说明

兹有患儿 林，患 急性白血病 疾病，性别 女，年龄 4 岁，是 林 省（区、市）阳江 市（州）阳春 县（区）那 乡镇（街道）大良 村民小组（居委会），（父亲：林 母亲：林 村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：林 身份证号：_____

患儿母亲：林 身份证号：_____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：_____



2026 年 4 月 28 日

