

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: 2026393

申请日期: 2026年5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		
	呆	男	2022.8		广东清远		
	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
	急性髓系白血病	广州市妇女儿童医院	2026.2.11	50~80万			<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 65%	<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 3 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 3万 元 3、固定资产: 1套房子; 1辆摩托车; 0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	呆	32	良			
	母亲	潘	31	良			
申请救助理由(请详细描述)	家中共有五口人,有三个小孩,患者是第三个孩子,前面有两个姐姐都在读书,在2026年2月11日确诊急性髓系白血病,高额的医疗支出让本不富裕的农村家庭不堪重负,整体移植及治疗费用高达80万元,现在妻子用需要照顾患儿无法外出务工,家中主要经济来源靠我外出务工维持,现已无法覆盖家庭所有支出,恳请帮助我们这个小家 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: [Signature] 2026年5月9日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性髓系白血病, 治疗, 进行了化疗和移植, 费用约50-60万元。 医师签名: [Signature] 2026年5月7日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元(大写: 伍万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: [Signature] 2026年5月9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 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: [Signature] 2026年5月18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: 吳 [redacted]	性别: 男	年龄: 3岁
病种: 急性髓系白血病 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), 将作为吳 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 吳 [redacted]

电 话 [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林 [redacted]

电 话: 18924052219

日 期: 2026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：吴 性别：男 年龄：3岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 急性髓系白血病(M2, RUNX1::RUNX1T1, KIT17外显子突变) 2. 脓毒血症 3. 药物性皮炎(药疹)

医嘱及建议：患儿2026.02.11-03.16我院增城院区血液肿瘤科1组住院治疗。

医师签名：袁丝

日期：2026.03.16

- 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。



