

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: 2026342

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		
	陈	女	2018年2月28日		广东省清远市		
	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
	急性髓系白血病 (M7)	广州儿童医院	2025年12月25日	60万元			<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 <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 <u>2</u> 名;		
	父亲 陈	42	健康		2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>50000</u> 元		
	母亲 赖	45	健康		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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		
申请救助理由 (请详细描述)	<p>由于患儿子2025年12月确诊为急性髓系白血病 (M7), 需要做3期化疗+行造血干细胞移植+抗排治疗, 治疗费用较大, 难以承担, 而爸爸已失业一年, 妈妈为照顾患儿半工作状态, 家里还有患儿哥哥, 如需要抚养造成很大经济压力, 因此提出申请, 望给予批准!</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026年5月9日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 1. 骨髓增生异常综合征, 2. 干细胞移植状态 患儿行异基因造血干细胞移植, 费用约20万元。 医师签名: [Signature] 2026年5月11日						
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>50000</u> 元 (大写: <u>伍万零仟零拾</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: [Signature] 2026年5月11日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>30,000.00</u> 元 (大写: <u>叁万零仟零佰零拾</u> 元 <u>零</u> 角 <u>零</u> 分) 负责人签名: [Signature] 2026年5月18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: 陈 性别: 女 年龄: 7岁
病种: 急性髓系白血病(M7) 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠)

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), 将作为陈 的治疗费用。

受助人 (监护人): 赖

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期: 2026年5月19日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 陈 性别: 女 年龄: 7岁 科别: 珠-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. 急性髓系白血病(M7) 3. 阵发性室上性心动过速 4. 感染性发热 5. 化疗后骨髓抑制

医嘱及建议: 患儿于2026.01.27-2026.03.02在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: /匡飞梅/丘玲

日期: 2026.03.02

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。



家庭情况说明

兹有患儿陈____，患急性髓系白血病疾病，性别女，年龄7岁，是广东省（区、市）清远市（州）清新县（区）石潭镇（街道）联合村民小组（居委会），（父亲：陈____
母亲：赖____）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：陈____ 身份证号：____

患儿母亲：赖____ 身份证号：____

情况属实，特此证明。

村委会 / 居委会盖章：



