

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: 2026344

申请日期: 2026年5月10日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	吴		男	2020年3月4日	[Redacted]		广东省英德市大湾镇	
	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
	急性髓系白血病		广州妇女儿童医疗中心	2026.1.29	50万	[Redacted]	/	<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 30%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input checked="" type="checkbox"/> 商业保险 40%	<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;		
	父亲	吴	38	乙肝携带者	[Redacted]	2、家庭年收入(不含政府补贴) 10000.00 元		
	母亲	黄	40	甲状腺手术 后一个月	[Redacted]	3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小汽车 4、家庭困难类型: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input checked="" type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input 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		
申请救助理由(请详细描述)		<p>本人患有乙肝携带,需长期复查,药物维持治疗,身体体质较差,无法从事重体力劳动,只能偶尔打零工,没固定经济收入。大女儿在北都小学上学,小女儿才两岁,如今二儿子吴 确诊急性髓系白血病,收入微薄难以承担医疗及日常生活开销,家庭无其他经济扶持,生活十分困难,经济压力巨大。特向相关部门申请困难救助,望给予帮扶缓解生活医疗压力,恳请领导审核批准。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 吴 2026年5月10日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性髓系白血病,拟行造血干细胞移植,费用预计50万。							
	医师签名: 李敬微		2026年5月10日					
医院意见(盖章):		<p>建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元 (大写: 伍 万 零 零 拾 元 零 角 零 分)</p> <p>负责人签名: 何靖雯 2026年5月11日</p>						
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 45000.00 元 (大写: 肆 万 伍 仟 零 拾 元 零 角 零 分)		2026年5月18日						
负责人签名: 何靖雯		[Redacted]						



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	性別: 男	年齡: 6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珠江新城院区		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 45,000 元 (大写: 人民币肆万伍仟元), 将作为吳 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 1892452219

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: 吴 性别:男 年龄:6岁 科别: 珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断:1. 脓毒血症(早期) 2. 急性髓系白血病(-7核型, GATA2突变, ASXL1突变, 高危) 3. 化疗后骨髓抑制

医嘱及建议: 患儿于2026. 4. 25至今我院住院治疗

医师签名: 刘晋齐 /刘晋齐

日期:2026. 04. 21



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。

证明

兹有我镇鸡蓬村委会 村民吴 性别男，身份证号码 属我镇低保边缘家庭救助对象；其子吴 性别男，身份证号码 属我镇低保边缘家庭中最低生活保障救助对象。

特此证明。

英德市大湾镇经济发展和公共服务办

2026年5月9日



