

### 广东公益恤孤助学促进会重症病童“一次救助”申请表（合作医院推荐）

编号: 2026 373

申请日期: 2026 年 5 月 15 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	杨		女	2019.04			广东.茂名.电白	
	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		广州市妇女儿童医疗中心	2023.11.	50万			<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 3 名;		
	父亲	杨	34	健康		2、家庭年收入（不含政府补贴） 43000 元		
	母亲	杨	34	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小汽车		
申请救助理由（请详细描述）		<p>孩子身患重病，长期住院治疗，医药费开销很大，父母收入低，还要抚养家中孩子，家庭无力承担高昂医疗费用，生活十分困难。特此申请救助，本人保证所有资料真实。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨 2026 年 05 月 15 日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 急性髓系白血病, 复发, 化疗异基因造血干细胞移植, 化疗费用 50 万元。							
	医师签名: 何洁 2026 年 05 月 15 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 40000 元（大写: 肆万 仟 佰 肆 拾 元 角 分） 负责人签名: 何洁 2026 年 5 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 仟 肆 拾 元 整）								
负责人签名: 何洁 秘书处 2026 年 6 月 1 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: 杨 性别: 女 年龄: 7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 35,000 元 (大写: 人民币叁万伍仟元), 将作为杨 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杨

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:

杨

18924052214

2016年6月2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: 杨 性别:女 年龄:6岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号:

诊断: 1. 急性髓系白血病(晚期分子复发, M2, IDH2, KIT, AML/ETO) 2. 脓毒血症(肺炎链球菌)

医嘱及建议: 患儿于2026-03-06至2026-04-03在我院珠江新城院区血液肿瘤病区住院治疗。

医师签名: //黄英娟

日期:2026年04月03日 08:00:00

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

兹有患儿杨，患急性髓系白血病 M2 疾病，性别女，  
年龄7岁，是广东省茂名市电白区岭门镇海坡村委会（父亲：  
杨 母亲：杨）村民的女儿。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：杨 身份证号：

患儿母亲：杨 身份证号：

情况属实，特此证明。

电白区岭门镇海坡村委会

经办人：杨

2026年4月24日

