

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: 2026389

申请日期: 2026年5月19日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	林	男	2016.12.18		广东省茂名市		
	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
	再生障碍性贫血	广州市第一人民医院	2026.5.20	30万			<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 30%	<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 2 名;		
	父亲 林	32	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 10000 元		
	母亲	/	/	/	3、固定资产: 0 套房子; 0 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		
申请救助理由(请详细描述)	再生障碍性贫血, 重型; 做骨髓移植手术, 后续需要长期进行药物治疗及住院, 治疗周期长, 药物, 检查及住院费用高昂, 远超其家庭承受能力。 家庭经济情况: 患者家庭成员(爷爷, 姐姐, 奶奶)(分母离异) 父亲平时对外打零工为主要收入来源, 现在父亲() 停工在住院陪护, 患者姐姐仍在读书小学。家庭积蓄早已花光, 并向亲戚朋友借欠20万。 本人保证上述情况完全真实。且异地就医路费自理。 申请人签名: 林 2026年 5 月 19 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患者确诊重型再障, 行单倍体移植, 需要长期随访, 预计治疗费用超过30万。 医师签名: 137 2026年 5 月 20 日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 元 (角/分)) 负责人签名: 董月星 广州市第一人民医院 委员会 2026年 5 月 21 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 25,000.00 元 (大写: 贰万伍仟元整) 负责人签名: 2026年 6 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: 林	性别: 男	年龄: 9
病种: 再生障碍性贫血	治疗医院: 广州市第一人民医院	

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), 将作为林 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林

电 话: 18929052214

日 期: 2026年 6月 9日

广州市第一人民医院
住院（留观）患者电子诊断证明书

姓名：林
身份证号：
病区：血液内科清洁病房
入院日期：2026-05-05
编号：
性别：男
年龄：9岁
住院号：
床号：10
出院日期：未出院

入院诊断：1、重度再生障碍性贫血；2、肾功能不全；3、毛霉菌；4、双眼屈光不正；
5、右肾囊肿（8×7mm）；6、轻度β型地中海贫血；

出院诊断：1、重度再生障碍性贫血；2、亲缘单倍体骨髓+外周造血干细胞移植（父供子，HLA 7/12，0+供0+）；

病情摘要：目前在移植仓内安排移植治疗

备注：

医生签名：周铭
签名时间：2026-05-13 11:25
(住院病区盖章) 血液内科

住院诊断证明专用章
(出入院结算处盖章)

(本诊断证明书未经医生签名及盖章无效)

证明

兹有林 (身份证号码:) 为我
辖区居民, 居住地址为广东省高州市石鼓镇
因患重度再生性贫血病需要进行骨髓移植手术导致家庭
经济困难, 特此证明。

联系人: 林

联系电话:



