

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: 2026443

申请日期: 2026年5月21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	2017.10.15		云南省昭通市盐津县	
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	恶性肿瘤 弥漫大B细胞淋巴瘤	广州市妇女儿童医疗中心(增城)	2025.12.10	20万元		
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 60%	<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	是否残疾 <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别:
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; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 50000 元 3、固定资产: 无套房子; 无辆摩托车; 无辆小车 4、家庭困难类型: 贫困低保 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明	
	父亲	杨	29	健康		
	母亲	唐	25	健康		
申请救助理由(请详细描述)	因我女儿患此重病,经化疗后又复发,化疗时已花光所有积蓄,外债10万,化疗结束,紧接着又复发,现在需要免疫治疗,现已无力支付后续费用,双方父母已年迈,现如今只靠孩子爸爸一人工作支撑,因孩子病情我又无法工作,家中还有一名3岁孩子,免疫药物对我们而言又是天价之巨,所以不得不写下此次申请。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 唐 2026年5月21日					
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 恶性肿瘤(弥漫大B细胞淋巴瘤) 20万元 医师签名: 王雅 2026年5月21日					
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥30000 元 (大写: 叁万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年5月1日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥35,000.00元 (大写: 叁万 伍 仟 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖雯 2026年6月22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: 杨 性别: 女 年龄: 8
病种: 弥漫大B细胞淋巴瘤 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心(增城)

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): 肖

电 话: [Redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 杨

电 话: 18924052214

日 期: 2026年6月25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：杨 性别：女 年龄：8岁 科别：增-血液肿瘤科2组 床号： 住院号：

诊断：

恶性肿瘤（弥漫大B细胞淋巴瘤）

医嘱及建议：患儿于2026.05.05至今在我院增城院区增-血液肿瘤科2组住院治疗。

医师签名： / 王飞雁/李筱曼

日期： 2026-05-21

- 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。



盐津县城市低保证明

兹证明盐津县 [] 镇 [] 村（社区）

姓名： 杨 性别： 男 身份证号码：
[]

家庭成员：

姓名： 熊 性别： 女 身份证号码：
[]

姓名： 杨 性别： 女 身份证号码：
[]

姓名： 无 性别： 无 身份证号码：
[]

无

姓名： 无 性别： 无 身份证号码：
[]

无

202601 起享受城市低保，低保编号： 盐井

城低 [] 号，共保障 3 人。 低保证号：
[]

，档次： D 档，每人每月补助： 454 元。

特此证明

经办人： []



