

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: 2026539

申请日期: 2026年6月22日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	蓝	男	2018年3月			广东英德	
	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
	急性淋巴细胞白血病	中山大学孙逸仙纪念医院	2026年3月16日	50-80万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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 / 名;		
	父亲 蓝	34	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 75000 元		
	母亲 黄	30	健康		3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车		
申请救助理由(请详细描述)	4、家庭困难类型: ☒ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☐ 困境儿童证明; ☐ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明						
	患儿蓝 2018年3月出生, 2026年3月确诊急性淋巴细胞白血病, 治疗预估总费用50-80万元, 父母二人仅靠普通务工维持全家生计, 无稳定高收入, 家中无房产、机动车等固定资产。高额化疗、靶向、抗感染等费用已掏空家庭积蓄。医保报销后仍存在巨大资金缺口, 家庭无力承担后续长期治疗费用, 特向贵会申请医疗救助, 恳请贵会予以帮扶。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蓝 2026年6月22日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断“急性淋巴细胞白血病(ETP, HR, 伴NOTCH1, JAK3, EZH2突变, ETV6 缺失/部分缺失)”明确。预计化疗费用35万元。						
	医师签名: 林伟明 2026年6月22日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5万 元 (大写: 5万 一 仟 一 佰 拾 元 一 角 一 分) 负责人签名: 林伟明 2026年7月10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 一 佰 拾 元 零 角 零 分) 秘书 林钧泽 2026年7月27日							



廣東公益恤孤助學促進會

Orphan Education Society Guangdong

“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 藍 性别: 男 年龄: 8岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院

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), 将作为藍 的治疗费用。

受助人 (监护人): 藍

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林仁志

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 7月 28日

项目救助款由  哥哥菩及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:蓝 性别:男 年龄:8岁 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:蓝	住院号	出生地: 广东省清远市英德市
性别:男	年龄:8岁	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间: 2026-03-20		出院日期: 2026-04-03
临床诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病(ETP,NR,伴 NOTCH 突变、JAK3 突变、EZH2 突变, chr19p13.31p12.1(含 ETV6 基因)拷贝数缺失/部分缺失); 2. (传)急性肠炎(沙门菌); 3. 化疗后骨髓抑制;		
治疗意见: 详见出院小结		
记录日期: 2026-04-03		医生: 周晓华

证 明

兹有我村 村民蓝 男，身份证
据本人所述和提供的中山
大学孙逸仙纪念医院疾病诊断证明，因其儿蓝
身份证 患急性淋巴细胞白
血病，在孙逸仙纪念医院进行化疗约两个月（其中药
物部分外购不纳入医保），之后维持期 2 年，期间总花
费约 100 万元，蓝 患病以来，父母在院照顾小孩，
没有稳定收入，巨大医疗开支，已致家庭生活拮据。

特此证明

英德市沙口镇高桥村民委员会

2026 年 5 月 8 日

经核查，蓝 不是我镇
的在册社会救助人员

2026年5月8日

