

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: 2026545

申请日期: 2026年 7月 8日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	谭		女	2019年9月			广东省高要市
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	急性淋巴细胞白血病		广州市妇女儿童医疗中心	2026年4月8日	40万		
病 童 家 庭 情 况	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
	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 3 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 34000 元 3、固定资产: 0 套房子; 0 辆摩托车; 1 辆小车 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	
申 请 救 助 理 由 (请 详 细 描 述)	父亲	谭	33	健康			
	母亲	翟	33	健康			
因患者谭 在2026年4月确诊急性淋巴细胞白血病,目前花费十多万(报销医保后的),家里还有2个小孩要抚养,家庭负担重。家里老人因患高血压需长期服药,而且老人没有劳动力,患者父亲打零工才够生活费,小孩母亲无法工作,现在已欠下20万债务,后续还要长时间治疗,面对高额的治疗费用,实在无法支撑,希望得到帮助,谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 翟 2026年 7月 8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(B-ALL),总费用 40-50万						
	医师签名: 叶江 2026年 7月 8日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元 (大写: 贰万伍仟元 拾 元 角 分) 负责人签名: 叶江 2026年 7月 9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) 负责人签名: 林钧泽 2026年 7月 27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:	譚	性别:	女	年龄:	6岁
病种:	急性淋巴细胞白血病				
治疗医院:	广州医科大学附属妇女儿童医疗中心				

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 25,000 元（大写：人民币贰万伍仟元），将作为譚 的治疗费用。

受助人（监护人）: 羅

电 话:

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话:

经办人: 利

电 话: 18924052214

日 期: 2026年7月28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：谭 性别：女 年龄：6岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 脓毒血症（早期） 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗 3. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议：患儿于2026. 05. 10-2026. 05. 21在我院增-血液肿瘤科1组住院治疗。特此证明。

医师签名：肖新华/张雨婷

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。



家庭情况说明

兹有患儿谭，患急性淋巴细胞白血病疾病，性别女，年龄6岁，是广东省（区、市）肇庆市（州）高要县（区）白土乡镇（街道）乐堂村民小组（居委会），（父亲：谭，母亲：翟）村民（居民）的儿子 / 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：谭 身份证号：

患儿母亲：翟 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2026 年 7 月 18 日



