

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（媒体推荐）

编号: 2026544洛浪177号

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	
	王		男	2015年12月08日			潮州市良庆区	
	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		南方医科大学南方医院	2025年11月	15-20万			☐ 是 ☒ 否
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ☐ %	☒ 城镇居民 ☐ %	☐ 商业保险 ☐ %	☐ 其他保险 ☐ %	☐ 无	残疾类型和级别: /
				55 %				
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 <u>2</u> 名;			
	父亲 王	43	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>9.6万</u> 元			
	母亲 刘	39	良好		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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							
（可以从确诊初期、治疗情况、家庭经济状况、治疗费需要等方面进行说明。） 从2015年10月15日开始进医院,小孩刚开始没有买医保,在当地医院(广西医科大学第一附属医院)所花费10万以上都由自费承担。40多天后,转诊到广州南方医院,期间购买药费超过20万(其保含18支贝林妥)。孩子父亲,母亲都出生于甘肅山区农村,孩子生病后一直在医院照顾孩子。本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: <u>王</u> 2026年 7月8 日								
调查意见	情况属实。 调查员签名: <u>林钧泽</u> 2026年 7月27 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>25,000.00</u> 元 (大写: <u>贰万伍仟一佰一拾元</u> 角 分) 负责人签名: <u>林钧泽</u> 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：王 性别：男 年龄：10
病种：急性淋巴细胞白血病 治疗医院：南方医科大学南方医院

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），将作为王 的治疗费用。

受助人（监护人）：刘

电 话：

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）： /

电 话： /

经办人： 林仕强

电 话： 18924052214

日 期：2026年7月28日



南方医科大学南方医院

疾病诊断证明书

姓名	王	年龄	10岁	性别	男	科别	儿童中心二区	就诊ID号	
单位或住址	无							病案号	
入院时间	2026年07月12日					出院时间	继续住院		

主要检查结果：2025-11-17 骨髓免疫分型：符合急性B淋巴细胞白血病。2026-07-10 血常规：白细胞计数 WBC $0.97 \times 10^9/L$ ，血红蛋白测定 HGB 106g/L ($\downarrow$)，血小板计数 PLT $44 \times 10^9/L$ ($\downarrow$)。

诊断：1. 发热2. 化疗后骨髓抑制3. 急性淋巴细胞白血病

建议：继续住院治疗。

(主任/副主任/主治) 医师签名：王

日期：2026年07月13日

特别说明：本疾病诊断证明书 1. 由主治医师以上人员审核签字，并有医院签章方为有效；2. 应陈述患者在我院就诊的客观事实，提出建议，凡涉及对患者在外院诊疗情况、间接致病（伤）的原因等进行主观评价和判断的内容均无效；3. 诊疗时限和费用以实际发生为准，医师根据同类疾病治疗经验得出的意见，仅供参考。4. 病假时间门诊急性病不超过3天，慢性病不超过7天，住院患者病假原则上不超过1个月（肿瘤及结核、骨科等疾病患者可根据病情适当延长）。

家庭经济情况说明

兹有我辖区居民：王 性别：男，身份证号码：

长期居住在南宁市良庆区

家庭人口共 4 人，其大儿子：

王 性别：男，身份证号： 小孩

患有急性淋巴细胞白血病、支气管炎，治疗费用庞大，因夫妻需在医院照顾孩子，无法外出工作，没有经济来源，家庭经济负担重，基本生活出现困难。

情况属实，特此证明。

经办人：杨

良庆镇良玉社区居民委员会

联系电话：

2026 年 7 月 3 日

080801046

