

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: 2026547

申请日期: 2026年 6月 18日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	杜		男	2011.2.3			广东紫金	
	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		广州医科大学附属第一医院	2026.5.6	30万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
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		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	杜	42	良好				
	母亲	严	38	良好				
1、抚养 18 岁以下儿童 <u>5</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>5万</u> 元 3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</u> 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)		患儿确诊急性淋巴细胞白血病,需长期化疗治疗,医药费高昂。家中共有五个子女,两位老人常年患病服药,夫妻靠打零工维持生计。因陪护孩子就医无法正常务工,失去经济收入,积蓄耗尽且负债累累,无力承担后续治疗费用,申请救助基金帮扶。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杜 2026年 6月 18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,化疗费用 40-50万							
	医师签名: 肖红 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: 何瑞曼 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: 杜 性别: 男 年龄: 15
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), 将作为杜 的治疗费用。

受助人 (监护人): 杜

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林作强

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：杜 性别：男 年龄：15岁 科别：增-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 脓毒血症 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2026.06.18-2026.06.28于我院增-血液肿瘤科1组住院治疗。

医师签名：肖新华/姚锦坤

日期：2026.06.28

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

兹有患儿杜，患急性淋巴细胞白血病疾病，性别男，年龄15岁，是广东省（区、市）河源市（州）紫金县（区）蓝塘乡镇（街道）民小组（居委会），（父亲：杜，母亲：严）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：杜 身份证号：_____

患儿母亲：严 身份证号：_____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：_____



