

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: 2026556

申请日期: 2026年 7月 10日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	包	男	2013年6月17日		广东省新丰县		
	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(B细胞亚型, 高危)	广州市妇女儿童医疗中心	2026年5月8日	40万-50万			☐ 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 60%	☐ 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; 2、家庭年收入(不含政府补贴)____元; 3、固定资产: ____套房子; ____辆摩托车; ____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		
	父亲	包	45	正常		10万	
	母亲	李	43	正常			
申请救助理由(请详细描述)	孩子确诊急性淋巴细胞白血病(高危)5月8日确诊住院到7月6日近两个月。总花费33万多,个人自费出23万多,使用高价自费免疫药物,因为治疗免疫力低导致全身多重器官受到感染,同时要使用高价值自费抗感染药物,家庭积蓄耗尽,夫妻以年收入合计小于10万,每月固定还贷2700元,长期护理陪护,导致收入 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 包 2026年 7月 10日 备注: 乡下还有年老无收入的农民用麦养,高额医药费支出,实在经济陷入困境,无其他家属经济援助,申请本项目救助,缓解治疗资金。						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿目前确诊急性淋巴细胞白血病(B细胞型,高危); 播散性念珠菌病。于2026年5月10日开始按CCCG-AU-2018方案化疗,后给予补充方案,加用免疫抑制剂治疗,后定期化疗,至今治疗25年,定期化疗。 医师签名: 林钧泽 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: 林钧泽 2026年 7月 13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 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:	包	性别:	男	年龄:	13岁
病种:	急性淋巴细胞(B型)白血病				
治疗医院:	广州医科大学附属妇女儿童医疗中心 (珠江新城院区)				

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), 将作为包 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

林

电 话: 18924252214

日 期: 2026年7月28日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 包 性别: 男 年龄: 12岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病(B细胞型) 2. 感染性发热

医嘱及建议: 患儿于2026-05-08至今在我院珠-血液肿瘤科1组住院治疗, 治疗疗程约36个月, 建议休学。特此证明!

医师签名: 甘文婷 // 陈桂君

日期: 2026年05月13日 10:00:00

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

兹有患儿包，患急性淋巴细胞疾病，性别男，年龄12岁，是广东省（区、市）韶关市（州）翁源县（区）柳仔乡镇（街道）王咀村村民小组（居委会），（父亲：包，母亲：郭）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：白 身份证号 _____

患儿母亲：郑_____身份证号_____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：

2026年7月6日



