

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: 2026559

申请日期: 2026 年 6 月 23 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	[模糊]		男	2013.12.05	[模糊]		广州	
	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	2026.3.11	45万	[模糊]	/	☐ 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 45 %	☐ 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	[模糊]	41	良好	[模糊]	2、家庭年收入（不含政府补贴） ____ 77 ____ 元		
	母亲	[模糊]	43	良好	[模糊]	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）		孩子于 2026 年 3 月 11 日确诊白血病，在中山大学孙逸仙纪念医院治疗，治疗初期因为感染而住进了 ICU，住院费用以及购买药物费用高昂，即使经医保报销后，个人自付的比例金额仍较大。父母为陪护小孩无法正常上班，家庭收入不稳定，存款已耗用完，且向亲友借款，日常与后续治疗费用难以支撑。无其他政策性救助，经济负担超出家庭承受能力，恳请恤孤助学促进会予以救助，谢谢！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: [模糊] 2026 年 6 月 23 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿目前诊断急性淋巴细胞白血病（B-HR、CR、MEF2D=BCL9 融合基因阳性、PHT6、PRKDC、SUZ12 基因阳性），按 SCCLC-ALL-2023 方案治疗，预计费用伍拾万。 医师签名: [模糊] 2026 年 6 月 23 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 5 万 元（大写: 五 万 零 千 零 百 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 林伟吟 2026 年 6 月 17 日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 40,000.00 元（大写: 肆 万 零 千 零 百 零 拾 元 角 分） 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

“菩及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 巫 性别: 男 年龄: 12岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市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 40,000 元 (大写: 人民币肆万元整), 将作为巫 的治疗费用。

受助人 (监护人): 巫

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2026年7月29日

项目救助款由



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:巫 性别:男 年龄:12岁5月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:巫 住院号 出生地:江西省萍乡市安源区
性别:男 年龄:12岁5月 科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间:2026-06-01 出院日期:2026-06-15

临床诊断:1.急性淋巴细胞白血病(B, HR, CR, MEF2D:: BCL9 融合基因阳性, PHF6, PRKDC, SUZ12 基因阳性, 返院化疗); 2.恶性肿瘤免疫治疗; 3. PICC 管附壁血栓;

治疗意见:
详见出院小结

记录日期:2026-06-15

医生:



证明

兹有我辖区居民巫 身份证号
其儿子：巫 男，2013年12月5日出生，身份证号
2026年3月因患急性淋巴B细胞白血病在
广州中山大学孙逸仙纪念医院治疗，因孩子治疗费用支出高，
家庭经济负担重，基本生活出现困难。

以上所述属实，特此证明。

仙岳山街道财源塔居委会：



2016 年 5

月 23 日

