

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: 2026557

申请日期: 2026 年 6 月 11 日

病 童 资 料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	蔡		男	2019.11.10		广东省揭阳市惠来县	
	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		中山大学孙逸仙纪念医院	2026.5.12	25-30万		
病 童 家 庭 情 况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60-50%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
	是否残疾		☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:				
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 2 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 3-5 万元 3、固定资产: 无套房子; 1 辆摩托车; 无辆小车 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 蔡	38	健康				
申 请 救 助 理 由 (请 详 细 描 述)	母亲 蔡	37	健康				
	患儿蔡 现 6 岁, 于 2026 年 5 月 12 号在中山大学孙逸仙纪念医院确诊急性淋巴细胞白血病(B型) 目前已启动化疗, 治疗周期长患儿有蚕豆病, 有些药自费, 费用很高因妈妈出车祸住院, 没法帮忙照顾, 现父母 2 人在院照顾, 家里断了经济来源, 目前向亲友借款仍存在大额医疗费用, 负债累累, 恳请贵会给予重症医疗救助, 缓解治疗经济压力。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蔡 2026 年 6 月 11 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), 目前按SCCLG-ALL2015 方案治疗, 预计治疗费用叁拾万。 医师签名: 蔡新瑞 2026 年 6 月 11 日						
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 5 万 (大写: 5 万 零 佰 拾 元 零 分) 负责人签名: 林新瑞 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 一 佰 拾 元 零 角 一 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

“普及深呼吸共愈计划”病童救助专项 救助款收据

病童姓名: 黎 性别: 男 年龄: 6
病种: 急性B淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学孙逸仙纪念医院(花都区院区)

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), 将作为黎的治疗费用。

受助人 (监护人): 黎

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): ✓

电 话: ✓

经办人: 林作新

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 7月 28日

项目救助款由  哥哥善及基金会 资助。

中山大学孙逸仙纪念医院

疾病诊断证明

姓名:蔡 性别:男 年龄:6岁7月 科室:儿科一区(血液/肿瘤) 床号 住院号

姓名:蔡	住院号	出生地: 广东省揭阳市惠来县
性别:男	年龄:6岁7月	科室:儿科一区(血液/肿瘤)
入院时间: 2026-06-22		出院日期: 2026-07-10
临床诊断: 急性淋巴细胞白血病(返院化疗, B, IR, CR, CNS1, 伴 TCF3::PBX1 融合基因, 伴 CTCF 突变)		
治疗意见: 门诊随诊		
记录日期: 2026-07-10		医生: 周政华 

惠来县溪西镇清平村民委员会

证明

兹有我村村民蔡 男,身份证号码
据本人所述和提供的中山大学孙逸仙纪念医院疾病诊断证明。因
其儿蔡 (身份证号码 身患急性淋巴
细胞白血病,在孙逸仙纪念医院进行化疗约一个月(其中药物部
分外购不纳入医保),之后维持期1年,期间花费特别巨大。蔡
患病以来,父母在院照顾小孩,没有稳定收入,巨大的医疗
开支,已致家庭生活拮据。

惠来县溪西镇清平村委会

2026年5月31日

