

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: 2026571

申请日期: 2026年7月13日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	来		女	2022.8.31			广西崇左	
	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		广州市妇女儿童医疗中心	2026.1.26	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 <u>65</u> %	☐ 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 <u>2</u> 名;		
	父亲	来	34	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>96000</u> 元		
	母亲	蓝	32	良好		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>0</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）		二女生病后,我辞去工作贴身陪护,现家里只有爸爸一人劳动力,家中6口人,两位老人无工作,需要赡养,一个姐姐在读一年级,家庭支出仅靠爸爸一人工资无力承担,治疗费用巨大且周期长,已经借遍亲戚朋友,实在难以承担,特此申请。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蓝 2026年7月13日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断急性淋巴细胞白血病,预估总费用50万元							
	医师签名: 江志 2026年7月13日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥20000 元（大写: 贰万 仟 零 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖安 2026年7月16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8月 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: 李	性别: 女	年龄: 3岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心		

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), 将作为李 的治疗费用。

受助人 (监护人): 蓝

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 林佳音

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 8月 4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: 丰 性别:女 年龄:3岁 科别:珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断:1. 恶性肿瘤维持性化学治疗 2. 急性淋巴细胞白血病(T细胞型, 中危, MAL-NKX2-5融合)

医嘱及建议: 患儿于2026-06-04至2026-06-08在我院珠江新城病区血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: / 陈启鹏

日期:2026.06.08

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 韦 白血 疾病, 性别 女, 年龄 3.5 岁, 是 广西 省 (广
市) 崇左市 (州) 天等 县 (区) 把卷 乡镇 (街道) 村民小组 (居委会), (父亲: 韦
母亲: 蓝 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：_____身份证号：_____

患儿母亲： 蓝 身份证号：

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章:

2026 年 4 月 29 日

