

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: 2026573

申请日期: 2026年6月19日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	王		男	2025.1			广东廉江	
	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
	急性髓系白血病(M2)		中山大学附属第一医院	2026.6.9	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 65%	☐ 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	1、抚养18岁以下儿童 4 名;			
	父亲 王	33	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 3.6万 元			
	母亲 胡	34	良好		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 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;			
申请救助理由(请详细描述)					☐ 困境儿童证明; ☒ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明			
患儿王，1岁4个月，确诊急性髓系白血病M2高危型，合并7号染色体缺失，Wt1高表达，中枢脑膜浸润，病情危重。已完成多轮诱导化疗，多次腰穿鞘注，目前脑脊液幼稚细胞转阴，但骨髓仍有肿瘤负荷，后续需多轮巩固化疗+同种异体造血干细胞移植，全疗程费用高昂。家庭为普通农村务农，收入微薄，前期治疗已耗尽全部积蓄和借款，现已申请低保，8月生效，无力独自承担巨额医疗开销，特向本会申请救助，用于患儿后续治疗。保证上述情况完全真实。 申请人签名: 王 2026年6月19日								
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿王 现考虑诊断“急性髓系白血病(M2, 高危)”, 预计治疗费用30万元。							
	医师签名: 李和兴 2026年6月29日							
	医院意见(盖章): 情况属实, 请予及时救助							
建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元 (大写: 叁万 仟 圆 零 角 零 分)								
负责人签名: 林钧泽 2026年6月29日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万 仟 圆 零 角 零 分)								
负责人签名: 林钧泽 2026年8月3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: 王 性别: 男 年龄: 1岁
病种: 急性髓系白血病 治疗医院: 中山大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为王 的治疗费用。

受助人 (监护人): 王

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18920052214

日 期: 2026年8月4日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名: 王

科别: 儿科二科

床号

住院号

住院患者情况说明

姓名: 王

性别: 男

年龄: 1岁4

科别: 儿科二科

床号

住院号

目前诊断: 急性髓系白血病, M0

入院情况及诊疗经过: 患儿主因“纳差伴面色苍白1月, 发现白细胞升高3天”入院。现考虑诊断“急性髓系白血病, M0”, 需按SCCCG-AML-2025协作方案化疗, 需继续住院治疗。

医师签名:

2026年06月13日



核发单位: 江门市民政局和退役军人事务局

发证日期: 2026年7月31日

户主姓名: 王

身份证号: [REDACTED]

低保证编号: [REDACTED]

户主姓名	王	性别	男
出生年月		民族	
社保卡 (医保卡) 号码	2025年01月	家庭人口	6
居住地址	廉江市		
	江江 廉江		
户籍地址	江.东村委会		
低保资金 发放账号			
家庭成员 情况	姓名	关系	月收入
	王	父亲	0.00
	胡	母亲	0.00
	王	哥哥	0.00
	王	姐姐	0.00
	王	姐姐	0.00

定期复核登记		
定期复核结果	经办人	复核时间
已复核		2026年8月1日至 2027年7月31日

