

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: 2026576

申请日期: 2026年7月22日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	陈	女	2023.4.11		广东省肇庆市高要区		
	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
	白血病	广州妇女儿童医疗中心	2025.10月7日	30万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 60%	☐ 城镇居民 0%	☐ 商业保险 0%	☐ 其他保险 0%	☐ 无
	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 1 名; 2、家庭年收入(不含政府补贴) 0 元 3、固定资产: 1 套房子; 0 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; ☐ 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)	父亲	42	良好				
	母亲	40	良好				
从疫情开始家庭负债累累,又在这个时候孩子得了白血病。雪上加霜,到处去借钱凑钱。网贷也是以贷养贷。很优惠,怕没钱给孩子治。现在欠了很多钱,也只能走一步算一步。希望能够得到帮助。万分感谢!!! 本人保证上述情况完全真实! 申请人签名: 陈 2026年7月22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,累计总费用30万元						
	医师签名: 王 2026年7月22日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20,000.00 元(大写: 贰万 仟 零 拾 元 角 分) 负责人签名: 王 2026年7月22日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥20,000.00 元(大写: 贰万元整) 负责人签名: 林钧泽 2026年8月3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: 陳 性别: 女 年龄: 3
病种: 白血病 治疗医院: 广州妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为陳 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陳

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 林信

电 话: 18929052214

日 期: 2026年8月9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: 陶 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(B细胞型, 中危) 3. 低钾血症

医嘱及建议: 患儿于2026. 06. 30-2026. 07. 03在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: /匡飞梅/戴丹

日期: 2026. 07. 03

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

兹有患儿陈，患白血病疾病，性别女，年龄3岁，是广东省（区、市）肇庆市（州）高要县（区）镇（街道）民小组（居委会），（父亲：陈母亲：余）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：陈 身份证号

患儿母亲：余 身份证号

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



2026 年 7 月 22 日

