

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: 2026583

申请日期: 2026年7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
	谭		女	2021.4.20			广东省广州市
	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(高危)		广东医科大学附属医院	2026.4.5	400000元		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 ____%	☒ 城镇居民 60%	☐ 商业保险 ____%	☐ 其他保险 ____%	☐ 无
			是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /				
申请救助理由(请详细描述)	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名; 485 2、家庭年收入(不含政府补贴) ____元 3、固定资产: 0 套房子; ____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		
	父亲	谭	41	良好			
	母亲	李	41	良好			
本人谭 于2026.4.5确诊急性淋巴细胞白血病(高危),由于此病需在院接受长期化疗,靶向药物等系统性治疗,由于治疗周期长,费用昂贵,检查、检验频繁,需要的自费药昂贵,住院耗时及陪护开销大,为照顾我,父母亲被迫辞去工作,当前无其他收入来源,因病导致家庭经济困难,特此生活极其困难,在此,望相关领导审批! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 谭 2026年7月19日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(高危),全程治疗费用需约40万元						
	医师签名: 田川 2026年7月20日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥35000 元 (大写: 叁万伍仟零拾零元零角零分) 负责人签名: 林钧泽 2026年7月22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 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:	譚	性別:	女	年齡:	5岁
病种:	急性淋巴白血病(高危)				
治疗医院:	广东医科大学附属医院				

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), 将作为譚 的治疗费用。

受助人 (监护人): 譚

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2026年8月5日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号

姓名	谭	性别	女	年龄	5岁	职业	-
证件号码				住址/单位			
入院日期	2026-06-09	住院号		科室	(海东) 儿童血液肿瘤专科病房		
临床 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系 高危) 3. 化疗后骨髓抑制 4. 急性胰腺炎						
处理 意见	患儿于2026-06-09至2026-07-15号于我科住院治疗。						
医师	[Signature]			签发日期	2026年07月14日16时25分		

廉江市营仔镇北堤村民委员会

证 明

兹有我村委村民，姓名：谭 性别：女，身份证号
码 地址：广东省廉江市营仔镇
家庭人口 4 人，父亲谭 40 岁，在廉江打零
工；母亲李 41 岁，在家照顾家庭无工作；哥哥谭
13 岁， 就读初一；本人因患有急性淋巴细胞白血
病，后期治疗还需要费用巨大，家庭收入低，经济困难，情
况属实。望领导审批。

特此证明



