

# 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: 2026584

申请日期: 2026 年 7 月 20 日

|                                                                                            |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                                                        |       |                              |       |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                       | 姓名                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                             | 性别                                           | 出生年月                                                                                   | 身份证号码 |                              | 户籍所在地 |                                                                                |
|                                                                                            | 解                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | 男                                            | 2021.05.01                                                                             |       |                              | 重庆    |                                                                                |
|                                                                                            | 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                                                                           |
|                                                                                            | 幼年粒单核细胞白血病                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                             | 广州市第一人民医院南沙院区                                | 2024.09                                                                                | 一百万元  |                              | /     | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否<br>残疾类型和级别: / |
| 购买保险情况及报销比例                                                                                |                                                                        | <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 商业保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 无                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 城镇居民 55% | <input type="checkbox"/> 商业保险 <input type="checkbox"/> 其他保险 <input type="checkbox"/> 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 1 名;           |       |                                                                                |
|                                                                                            | 父亲                                                                     | 解                                                                                                                                                                                                                                                           | 40                                           | 健康                                                                                     |       | 2、家庭年收入（不含政府补贴）12000 元       |       |                                                                                |
|                                                                                            | 母亲                                                                     | /                                                                                                                                                                                                                                                           | /                                            | /                                                                                      | /     | 3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车 |       |                                                                                |
| 申请救助理由（请详细描述）                                                                              |                                                                        | <p>1. 患儿基本情况: 患儿于 2024. 9 月因幼年粒单核细胞白血病入院, 后续进行长期化疗又因现在二次干细胞移植, 治疗周期长, 药费, 检查费用高昂, 远超家庭承受能力。</p> <p>2. 家庭经济情况: 患儿父母均为务工人员, 为治疗患儿, 家里能卖的已经全部卖掉, 父亲停工陪护, 看病费用都向亲戚贷款借来的, 且异地就医开支大, 期望申请资助, 减缓压力, 非常感谢。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 解 2026 年 7 月 20 日</p> |                                              |                                                                                        |       |                              |       |                                                                                |
| 医院填写                                                                                       | 疾病诊断及治疗（费用）: 患者诊断幼年粒单核细胞白血病明确, 已行两次造血干细胞移植, 目前有慢性移植后抗宿主病, 治疗总费用超过一百万元。 |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                                                        |       |                              |       |                                                                                |
|                                                                                            | 医师签名: 陈抱饭 2026 年 7 月 20 日                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                                                        |       |                              |       |                                                                                |
|                                                                                            | 医院意见（盖章）:                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                                                        |       |                              |       |                                                                                |
| <p>建议给予医疗救助金 ¥ 50000 元（大写: 五万元）</p> <p>负责人签名: 李月琴 2026 年 7 月 21 日</p>                      |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                                                        |       |                              |       |                                                                                |
| <p>广东公益恤孤助学促进会意见:</p> <p>同意救助 ¥ 15,000.00 元（大写: 壹万伍仟元）</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026 年 8 月 秘书</p> |                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              |                                                                                        |       |                              |       |                                                                                |



# 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: | 鮮             | 性别: | 男 | 年龄: | 5 |
| 病种:   | 急性粒单核细胞白血病    |     |   |     |   |
| 治疗医院: | 广州市第一人民医院南沙医院 |     |   |     |   |

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 15,000 元（大写：人民币壹万伍仟元），将作为鲜 的治疗费用。

受助人（监护人）: 鮮

电 话: 3234

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）:

电 话: /

经办人: 林信和

电 话: 18924052214

日 期: 2026年 8 月 5 日

# 广州市第一人民医院

## 住院（留观）患者电子诊断证明书

姓名：鲜 编号 性别：男 年龄：5岁1月13天  
身份证号 住院号  
病区：南沙血液内科二区 床号：34  
入院日期：2026-06-14 出院日期：2026-06-16

入院诊断：1、幼年粒单核细胞白血病（移植后复发，PTPN11，IKZF1，KMT2C，NF1）；  
2、造血干细胞移植状态（母供子，HLA 5/10，A+供AB+，脐血女，O+，HLA 9/10）；

出院诊断：1、恶性肿瘤维持性化学治疗；2、幼年粒单核细胞白血病（移植后复发，PTPN11，IKZF1，KMT2C，NF1）；3、造血干细胞移植状态（母供子，HLA 5/10，A+供AB+，脐血女，O+，HLA 9/10）；4、低丙球蛋白血症；

病情摘要：

备注：

医生签名：

签名时间：2026-06-17 23:48

（住院病区盖章）

住院诊断证明专用章

（出入院结算处盖章）

（本诊断证明书未经医生签名及盖章无效）

流水号

## 证 明

兹有我区(县) 南纪门街道 居民 鲜 , 男 , 身  
份证号码 , 户籍地: 渝中区菜家石堡 ,  
系我区(县) 最低生活保障 对象。(该证明仅限本月有效)

特此证明!

联系电话



扫描全能王 创建

