

## 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: 2026696

申请日期: 2026 年 8 月 17 日

|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                          |   |                                              |                                 |                                 |                                                                                   |                            |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 病童资料                                                                                                                                                                                          | 姓名                                                                                                       |   | 性别                                           | 出生年月                            | 身份证号码                           |                                                                                   | 户籍所在地                      |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                               | 蔡                                                                                                        |   | 男                                            | 2020.6.20                       |                                 |                                                                                   | 广东省茂名市信宜市                  |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                               | 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                                                                                                      |   | 南方医科大学珠江医院                                   | 2026.4.25                       | 60-70万                          |                                                                                   |                            | <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
|                                                                                                                                                                                               | 购买保险情况及报销比例                                                                                              |   | <input checked="" type="checkbox"/> 新农合 90 % | <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 | 残疾类型和级别: /                                                       |
| 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 2 名;                                                                |                            |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                               | 父亲                                                                                                       | 蔡 | 30                                           | 良好                              |                                 | 2、家庭年收入（不含政府补贴）5-6万 元                                                             |                            |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                               | 母亲                                                                                                       | 李 | 29                                           | 良好                              |                                 | 3、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 1 辆小车                                                      |                            |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                          |   |                                              |                                 |                                 | 4、家庭困难类型:                                                                         |                            |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                          |   |                                              |                                 |                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; |                            |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                          |   |                                              |                                 |                                 | <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明        |                            |                                                                  |
| <p>申请救助理由（请详细描述）：</p> <p>孩子确诊白血病，持续住院化疗治疗，需要长期用药，反复做腰穿骨穿等各项检查，医疗开支巨大。家中自今年4月孩子患病后，积蓄已经全部耗尽，背负债务。孩子后续治疗，家庭实在无力承担高额医疗费用，特申请医疗救助，望予以帮扶。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 李 2026 年 8 月 17 日</p> |                                                                                                          |   |                                              |                                 |                                 |                                                                                   |                            |                                                                  |
| 医院填写                                                                                                                                                                                          | <p>疾病诊断及治疗（费用）：</p> <p>患儿诊断为急性淋巴细胞白血病（T淋巴细胞型），治疗费用需30万元左右</p> <p>医师签名: 黄颖 2026 年 8 月 17 日</p>            |   |                                              |                                 |                                 |                                                                                   |                            |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                               | <p>医院意见（盖章）：</p> <p>建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）</p> <p>负责人签名: 2026 年 8 月 17 日</p> |   |                                              |                                 |                                 |                                                                                   |                            |                                                                  |
|                                                                                                                                                                                               | <p>广东公益恤孤助学促进会意见：</p> <p>同意救助 ¥25,000.00 元（大写: 贰万 伍 仟 元）</p> <p>负责人签名: 林钧泽 2026 年 9 月 7 日</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: 葉                          | 性别: 男 | 年龄: 6岁 |
| 病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州南方医科大学珠江医院 |       |        |

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), 将作为葉 的治疗费用。

受助人 (监护人): 葉

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依云

电 话: 18924052214

日 期: 2016年9月9日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：萧 科室：小儿血液科病区 床号 ID号 住院号

|                                                                                                                                               |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 科别：小儿血液科病区                                                                                                                                    | 入院日期：2026年04月25日<br>出院日期：2026年05月30日 |
| 检查结果：详见诊疗经过。                                                                                                                                  |                                      |
| 诊断意见：<br>1. 急性淋巴细胞白血病（T细胞型，NUP214::ABL1，HR）；2. 脓毒血症；3. 肺炎支原体感染；4. 低钾血症；5. 高胆固醇血症；6. 心肌酶谱异常；7. 低蛋白血症；8. 肝大；9. 胃肠功能紊乱；10. 化疗后骨髓抑制<br>处理意见：住院治疗。 |                                      |
| 医生签名：余莉华<br>日期：2026年05月30日                                                                                                                    |                                      |

签发单位：（盖章）



# 信宜市怀乡镇云龙村村民委员会

电话：

## 证 明

兹有我云龙村村民萧 性别：男，身份证号码：

户籍地址：广东省信宜市怀乡镇云龙

夫妻及子女共有 4 口人，儿子就读幼儿园大班，女儿就读幼儿园小班，因子女还小妻子需要在家庭照顾家庭没什么经济收入；平时只有其本人外出打工，因学历不高，只能打些散工工资收入不高且不稳定。因儿子患有急性淋巴细胞白血病，需在南方医科大学珠江医院治疗，治疗时间较长，故此医疗费用及家庭生活开支大，经济困难。

特此证明！



