

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: 2026710

申请日期: 2026 年 8 月 7 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	郑	男	2021.08.24			广东汕头市潮阳区	
	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
	急性淋巴细胞白血病	广州市妇女儿童医疗中心	2026.1.31	30 万			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 50 % ☐ 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; 2、家庭年收入（不含政府补贴） 60000 元 3、固定资产: 1 套房子; 2 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 郑	30	良好				
	母亲 郭	30	良好				
申请救助理由（请详细描述）	去年我父亲 4 月份确诊了恶性肿瘤肺部的, 花费了十几万, 我母亲身体也不好, 一直在吃药, 今年小儿子又确诊了急性白血病, 目前花费二十多万, 已经没钱治疗后面的费用了。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 郑 2026 年 8 月 7 日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断急性淋巴细胞白血病, 费用约 30 万元。						
	医师签名: 丁淑 2026 年 8 月 7 日						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥20,000 元（大写: 贰万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 王 2026 年 8 月 7 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥40,000.00 元（大写: 肆万元整） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 9 月 14 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: 郑	性别: 男	年龄: 5
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州医科大学附属儿童医院		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 40,000 元 (大写: 人民币肆万元整), 将作为郑 的治疗费用。

受助人 (监护人): 郑

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依亮

电 话: 18924052214

日 期: 2016 年 9 月 15 日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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: 郑 性别: 男 年龄: 4岁 科别: 增-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

医嘱及建议: 患儿于2026. 06. 17-2026. 06. 22在我院血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 文智海 / 文智海

日 期: 2026. 06. 22

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。



户主姓名	郑	性别	男性
出生年月	1995-10-27	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	8人
居住 地址	广东省汕头市潮阳区		
户籍 地址	潮阳区西胪镇		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	郑	本人	
	郭	配偶	
	郑	子	
	郑	子	
	郑	女	

潮阳区
低保校
郭

女
父母

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名:	姓名:

