

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: 2026707

申请日期: 2026年8月12日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	许		女	2013.7.12			广东省廉江市	
	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
	急性淋巴细胞白血病(B系高危AT#阳性)		广东医科大学附属医院	2026.1.16	50万元			☐ 是 ☒ 否
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	灾类型和级别:
								/
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 4 名;			
	父亲 许	38	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元			
申请救助理由(请详细描述)	母亲 许	35	健康		、固定资产: 0 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小车			
					4、家庭困难类型:			
医院填写	本人女儿许 于2026年1月确诊急性淋巴细胞白血病(B系高危AT#阳性),治疗费用高,病程长,孩子目前各项治疗费高,已累计超过5万元,家里有4个未成年子女需抚养,最小的孩子尚在哺乳期,且患有黏膜皮肤淋巴综合征,需时常照看。家庭经济收入低微,高昂医疗费负担大,需申请救助,万分感谢!				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			
	本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 许 2026年8月12日							
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 急性淋巴细胞白血病(B系,高危AT#阳性),全程治疗费用预估需50万元,要做骨髓移植				医师签名: 苏 2026年8月18日			
	医院意见(盖章):				建议给予医疗救助金 ¥40000 元(大写: 肆万零仟零佰零拾零元零角零分)			
广东公益恤孤助学促进会意见:				负责人签名: 林钧泽 2026年8月20日				
同意救助 ¥30,000.00 元(大写: 叁万元整)				2026年9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: 许 性别: 女 年龄: 13
病种: 急性淋巴细胞白血病 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 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为许 的治疗费用。

受助人 (监护人): 许

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 阮依云

电 话: 18924052214

日 期: 2016年9月15日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号: [redacted]

姓名	许	性别	女	年龄	13岁	职业	-
证件号码	[redacted]			住址/单位	-		
入院日期	2026-07-12	住院号	[redacted]		科室	(海东) 儿童血液肿瘤专科病房	
临床 诊断	1. 恶性肿瘤维持性化疗 2. 急性淋巴细胞白血病 (B系 高危AF4阳性) 3. 肺真菌感染 4. 化疗后骨髓抑制 5. 重度粒细胞缺乏 6. 药物性肝损害 7. 细菌性肺炎 8. 龋(牙) 9. 继发性血小板减少 10. 乳酸脱氢酶升高 11. 营养风险 12. 重度贫血						
处理 意见	患儿于2026-07-12至2026-08-05在我科住院治疗。						
医师	[Signature]			签发日期	2026年08月05日08时50分		



证明

现有我镇广东省廉江市横山镇 村民许
女，身份证 属于我镇最低生活
保障对象。

特此证明。

廉江市横山镇公共服务办公室

经办人：莫

时间：2026 年 08 月 06 日

办公室电话

