

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: 2026722

申请日期: 2026年 7月 25日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	陈	女	2015.4.22		广东省揭阳市普宁		
	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
	急性髓系白血病	广东省广州市珠江医院	2026.5.22	30万			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	☐ 商业保险 ☐ 其他保险 ☐ 无	残疾类型和级别:		
	50 %				/		
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 <u>2</u> 名;		
	父亲 陈	36	好		2、家庭年收入(不含政府补贴) <u>3万5千元</u>		
医院填写	母亲 杨	38	好		3、固定资产: <u>1</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>0</u> 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		
因小女连续发烧不退,来列珠江医院就诊,2026年5月22日确诊白血病,第一疗程下来以后用了十二万多,现在准备第二疗程治疗,也用34万多,后某月还要移植,费用很大,家庭很困难,无收入,大儿子也在上学,父母是务农,爷爷奶奶常年吃药,慢性病,跟亲朋好友借完了,所以来申请帮助,望通过。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2026年 7月 25日							
疾病诊断及治疗(费用): 患儿确诊急性髓系白血病,需长期化疗,后续行异基因造血干细胞移植,预计费用30万。 医师签名: 2026年 7月 25日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元(大写: 叁万零仟零佰零拾零元零角零分) 负责人签名: 2026年 7月 31日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ <u>40,000.00</u> 元(大写: 肆万元整) 负责人签名: 林钧泽 2026年 9月 14日							



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: 陈	性别: 女	年龄: 11
病种: 急性骨髓白血病	治疗医院: 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 40,000 元（大写：人民币肆万元整），将作为陈 的治疗费用。

受助人（监护人）: 陈

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代

表等）:

电 话:

经办人: 阿依克

电 话: 18924052214

日 期: 2016年 9月 16日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名: 陈 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09月08日 出院日期: 继续住院治疗
检查结果: 2026-05-20完善骨髓活检术, 骨髓形态: 考虑急性髓系白血病 (非M3, 类型待定) 诊断意见: 1. 急性髓系白血病 (KRAS, NRAS) 处理意见: 2026-9-9入仓行造血干细胞移植 医生签名: 余新华 日期: 2026年09月08日	

签发单位: (盖章)



证明

兹证明 陈 (身份证号码:

家庭住址: 夏郢镇保安村

为农村低保救助对象。

开始享受日期为: 2026年07月01日

该证明开具日期为2026年07月30日, 自开具日期起有效期
为6个月。

夏郢镇党群服务中心 (盖章)



2026年07月30日

