

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026725

申请日期: 2026年 9 月 1 日

病童资料	姓名		性别	出生年月		身份证号码		户籍所在地	
	钱		男	2010.04.				阳春市	
	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	
	急性髓系白血病		中一院	2026.05.06	60万		/	☐ 是 ☒ 否	
	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 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				
	父亲	钱	52	良好					
	母亲	钱	50	一般					
申请救助理由（请详细描述）	患者钱 今年16岁。2026年5月确诊急性髓系白血病，6月1日转中山大学附属第一医院治疗。目前已完成三期化疗，在化疗中，预计下周进仓做骨髓移植，费用大概40万左右。后期还要长期化疗，费用也是无算。家庭也是贫困家庭，负债累累，唯有恳请基金会能够给予帮助。帮我们！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 钱 2026年 9 月 1 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿诊断AML 明确，诱导治疗效果欠佳，现需造血干细胞移植，费用约30-40万元。								
	医师签名: 王天书 2026年 9 月 1 日								
	医院意见（盖章）: 同意给予救治金								
建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 零 零 零 零 拾 零 元 零 角 零 分）									
负责人签名: 黄佳聪 2026年 9 月 1 日									
广东公益恤孤助学促进会意见:									
同意救助 ¥ 25,000.00 元（大写: 贰万 伍 仟 一 佰 拾 元 零 角 零 分）									
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: 钱	性别: 男	年龄: 16
病种: 急性髓系白血病 治疗医院: 中山大学附属第一医院		

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), 将作为钱 的治疗费用。

受助人 (监护人): 钱

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 阳依光

电 话: 18924052214

日 期: 2016年 9月16日



姓名：钱

科别：儿科二科

床号

住院号

住院患者情况说明

姓名：钱 性别：男 年龄：16岁 科别：儿科二科 床号 住院号

目前诊断：急性髓系白血病（M2）（NUP98::NSD1，高危）

化疗后骨髓抑制（IV级）

入院情况及诊疗经过：患儿诊断“急性髓系白血病（M2）（NUP98::NSD1，高危）”，拟行造血干细胞移植，09-03进入造血干细胞移植仓，09-04开始预处理化疗，拟09-15行造血干细胞移植术，预计住院时间长，治疗费用较高。



证 明

兹有阳春市春湾镇清水塘村委会村民，钱 性别，男，身份证号码 其儿子钱 身份证号码 患有急性髓系白血病（M2），需做化疗治疗，需要移植，治疗费用极高，现治病已花光家里的积蓄，目前家庭的微薄收入已无法支付后续的高额医疗费，望有关部门和社会团体给予帮助为盼。

特此证明

春湾镇清水塘村委会
2026 年 8 月 25 日

