

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: 2026728

申请日期: 2026 年 8 月 28 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地		
	肖		女	2024.2-8			广东梅州		
	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B淋巴细胞白血病		广州医科大学 附属妇女儿童 医疗中心	2026年5月23日	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 _____% ☒ 城镇居民 40-50 %		☐ 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 <u>2</u> 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) <u>12000</u> 元 3、固定资产: <u>0</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			
	父亲	肖	38	健康					
	母亲	肖	36	健康					
申请救助理由 (请详细描述)		患儿肖 现年2岁, 确诊急性B淋巴细胞白血病, 需要长期进行化疗治疗, 疗程漫长, 医疗开支巨大。家中共有两名未成年孩子需要抚养。父亲母亲为照料患儿, 无法工作, 家庭收入微薄, 难以承担高额的医疗费用, 家庭经济陷入困境。特此向贵会申请医疗救助, 以帮助孩子渡过难关。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 肖 2026 年 8 月 28 日							
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性淋巴细胞白血病, 预计总费用约20-30万。								
	医师签名: 林建玲 2026 年 9 月 2 日								
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥25000 元 (大写: 贰万伍仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 何靖夏 2026 年 9 月 2 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 元) 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: 肖 性别: 女 年龄: 2
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为肖 的治疗费用。

受助人 (监护人): 伍

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17日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

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: 肖 性别: 女 年龄: 2岁5月 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号: 住院号:

诊断: 1. 感染性发热 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗 3. 急性淋巴细胞白血病

医嘱及建议: 患儿于2026. 08. 03至2026. 08. 25在我院珠-血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 邱嘉文 //邱嘉文

日期: 2026年08月25日 10:00:00



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。

家庭情况说明

兹有患儿肖[]患急性淋巴白血病疾病，性别女，年龄2岁，身份证：[]是广东省梅州市梅江区三角镇梅塘[]村民，因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向基金会申请为患儿的治疗提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：肖[]身份证号：[]

患儿母亲：侯[]身份证号：[]

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：



2026 年 8 月 28 日

