

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: 2026731

申请日期: 2026 年 7 月 11 日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	年	男	2019年1月4日			遂溪县	
	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	湛江中心人民医院	2025年1月28日	20万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别: /
	购买保险情况及报销比例	☒ 新农合 45 % ☐ 城镇居民 %	☐ 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 3 名; 2、家庭年收入 (不含政府补贴) 10000 元 固定资产: 0 套房子; 1 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	41	健康				
	母亲	44	健康				
申请救助理由 (请详细描述)	患儿确诊儿童急性淋巴细胞白血病, 历经诱导, 巩固化疗后, 转入维持治疗周期, 需持续药物治疗, 每两月腰穿鞘注预防中枢复发, 病程周期漫长。家属以零散务工、务农为生, 家庭收入微薄, 高额持续医疗支出造成家庭严重经济困难, 符合重症贫困儿童救助条件, 恳请予以救助支持。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 郭 2026 年 7 月 11 日						
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 急性淋巴细胞白血病, 后续治疗费用约 20 万元						
	医师签名: 文瑞好 2026 年 7 月 11 日						
	医院意见 (盖章): 建议给予医疗救助金 ¥5000.00 元 (大写: 伍仟元整) 负责人签名: 文瑞好 医务科 2026 年 7 月 13 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥5,000.00 元 (大写: 伍仟元整) 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:	郭	性别:	男	年龄:	7
病种:	急性淋巴细胞白血病				
治疗医院:	湛江中心人民医院				

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币伍仟元整), 将作为郭 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2016年9月17日

湛江中心人民医院 疾病诊断证明书

姓名:郭	科室:血液内科	床号	住院号
姓名:郭	住院号	出生地:广东湛江	
工作单位:无		职业:其他	
性别:男	年龄:7岁	科室:血液内科	
入院日期:2026-07-08 15:04		出院时间:2026-07-11 07:14	
出院诊断:1、恶性肿瘤维持性化学治疗 2、肝功能不全 3、急性淋巴细胞白血病			
治疗意见:详见出院小结。			
记录日期:2026-07-11 07:12		医生: 文海峰	
		盖章:	

收入证明

兹证明 郭 为 遂溪 县 西湾 村居民，身份证号 。
为 家中共 7 口人，人员组成为 父母爷爷奶奶未成年子女。
家庭主要收入来源为 务农+临时工打零工。
现因家庭成员 郭 患 急性淋巴细胞白血病 导致家庭经济困难，不能承担医疗费用。

确属贫困家庭，特此证明

村委会（乡镇政府）盖章

经办人签字：郭

联系电话：

2026年7月11日

