

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: 2026739

申请日期: 2026 年 8 月 31 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	冯		男	2023.4			广州越秀	
	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		广州市妇女儿童医疗中心	2026.7.1	40~50万			☐ 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 4.38 %	☐ 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;		
	父亲	冯	41	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>72000</u> 元		
	母亲	陈	36	良好		3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>0</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		
申请救助理由（请详细描述）		患儿 3 岁，确诊急性淋巴细胞白血病，在广州市妇女儿童医疗中心治疗，父亲是家中唯一收入来源，收入不稳定；母亲全职照顾患病小儿与 10 岁准备上五年级的长子，还要照顾 63 岁智力残疾的患病外婆。前期治疗花费巨大，已向亲友借款，后续治疗费用高昂，家庭经济已无力承担，恳请给予救助，谢谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 冯 2026 年 8 月 31 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 20-30 万。							
	医师签名: 郭碧伦 2026 年 8 月 31 日							
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ 30000 元（大写: 叁万 仟 佰 拾 元 角 分） 负责人签名: 何靖雯 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: 贰万伍仟元） 负责人签名: 林钧泽 2026 年 9 月 21 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: [redacted] 性别: 男 年龄: 3
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 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 邓可

电 话: 189 2405 2214

日 期: 2026年9月22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: 冯 性别:男 年龄:3岁 科别: 珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号:

诊 断:1. 急性淋巴细胞白血病（L2型，B细胞） 2. 恶性肿瘤维持性化学治疗

医嘱及建议: 患儿于2026. 08. 06至2026. 08. 14我院珠-血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 詹燕萍

日 期:2026. 08. 14

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

兹有患儿冯，身份证号： ，患急性淋巴细胞白血
血病疾病，性别男，年龄3岁，是广东省广州市越秀区洪桥街道三眼
井社区居委会户籍（父亲：冯母亲：陈）居民的儿子。因治疗费用较
高，家庭收入较低，家中还有10岁的哥哥与63岁三级智力残疾的外婆要照顾，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：冯身份证号：

患儿母亲：陈身份证号：

情况属实，特此证明。

社区居委会盖章：

2026年8月13日



