

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: 2026744

申请日期: 2026年 9 月 3 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	蓝		女	2014.2.24		广西河池市大化县	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID 号
	重症肺炎、急性骨髓系白血病		南方医科大学珠江医院	2026年7月20日	30万		
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		是否残疾 ☐ 是 ☒ 否
							残疾类型和级别: /
申请救助理由（请详细描述）	姓名	年龄	健康状况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 <u>2</u> 名;		
	父亲 蓝	50	良好		2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>35000</u> 元		
	母亲 丰	47	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							
患儿蓝 确诊重症肺炎、骨髓系白血病，家庭年收入35000左右，由于开支次子在校读书、配偶丰 肩护母亲带 二级残疾 三子蓝 女儿蓝 妻主要交车费生活用品费用，资金收入基本不够支出，今又加 患病在医院治疗期间全部耗尽借亲朋好友的所有资金，后续治疗无力承担，现郑重向公益基金申请救助资金治疗。本人保证上述情况完全真实。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蓝 2026年 9 月 3 日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿确诊急性骨髓系白血病，需定期化疗，费用需30万。						
	医师签名: 谢树标 2026年 9 月 3 日						
	医院意见（盖章）: 建议给予医疗救助金 ¥ <u>30000</u> 元（大写: 叁万零佰零拾零元零角零分） 负责人签名: 南方医科大学珠江医院 委员会 2026年 9 月 4 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 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: 藍 性别: 女 年龄: 12

病种: 重症肺炎、白血病 治疗医院: 南方珠江医院

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), 将作为蓝 的治疗费用。

受助人 (监护人): 藍

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等): /

电 话: /

经办人: 邓可

电 话: 18924052214

日 期: 2016年9月22日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：蓝 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07月17日
检查结果： 骨髓涂片：考虑急性髓系白血病（AML-M2? M3?），请结合流式细胞学及分子生物学等检查明确诊断。 骨髓免疫分型：提示急性髓系白血病免疫表型 诊断意见： 1. 重症肺炎；2. 脓毒血症；3. 肺出血；4. 急性呼吸窘迫综合征；5. 两系减少查因：白血病？；6. 流行性感冒； 处理意见： 患儿确诊急性髓系白血病，需定期化疗。 医生签名：余新华 日期：2026年08月23日	

签发单位：（盖章）



证明

兹证明 蓝 (身份证号码:)

家庭住址: 百马乡

为农村低保救助对象。

开始享受日期为: 2026年08月01日

该证明开具日期为2026年08月31日, 自开具日期起有效期
为 6 个月。

经办人: 李

大化瑶族自治县百马乡人民政府 (盖章)

2026年08月31日



