

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: 2026774

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		
	覃	男	2015年7月		广西博白县		
	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
	重度再生障碍性贫血伴PNH	广州市第一人民医院	2023年4月	20万元			☐ 是 ☒ 否
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 55-65%	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无
	残疾类型和级别:						
申请救助理由(请详细描述)	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 3 名;		
	父亲 覃	43	正常		2、家庭年收入(不含政府补贴) 36000元		
医院填写	母亲 李	40	正常		3、固定资产: 1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		
我儿子: 覃 男, 11岁, 2023年4月份在: 玉林市红十字会医院石角诊: 重度再生障碍性贫血伴PNH, 治疗3年了, 目前在广州市第一人民医院进行骨髓移植手术, 预计手术费20万元, 家里经济特别困难, 因此申请救助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 覃 2026年9月1日							
疾病诊断及治疗(费用): 患者诊断重度再生障碍性贫血伴PNH, 有造血干细胞移植指征, 拟于2026年9月行异基因造血干细胞移植, 总费用预计20万元。 医师签名: 陈松 2026年9月1日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥50000元 (大写: 伍万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 郭 2026年9月8日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥40,000.00元 (大写: 肆万元整) 秘书 林钧泽 2026年9月28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: 章 性别: 男 年龄: 11 岁
病种: 重度再生障碍性贫血伴PNH 治疗医院: 广州市第一人民医院

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), 将作为章 的治疗费用。

受助人 (监护人): 章

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人:

电 话:

日 期:

阿依

18924052214

2026年9月29日

广州市第一人民医院
住院（留观）患者电子诊断证明书

姓名：覃 性别：男 年龄：11岁
身份证号： 住院号：
病区：南沙血液内科二区 床号：
入院日期：2026-08-24 出院日期：-

入院诊断：

西医：1、重度再生障碍性贫血伴PNH；

出院诊断：-

病情摘要：患儿目前诊断重型再生障碍性贫血伴PNH计划行骨髓移植术，故暂不适合返校。

备注：

医生签名：陈斌

签名时间：2026-08-28 17:46

（住院病区盖章）

住院诊断证明专用章

（出入院结算处盖章）

（本诊断证明书未经医生签名及盖章无效）

证 明

兹证明覃 (身份证号码:

家庭住址: 茂林镇

为城市低保救助对象。

开始享受日期为: 2024 年 02 月 01 日

该证明开具日期为 2026 年 08 月 26 日, 自开具
日期起有效期为 6 个月。

茂林镇人民政府社会事务办公室

2026 年 8 月 26 日



