

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: 2026778

申请日期: 2026 年 9 月 7 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	简		男	2018.9			云浮市	
	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
	骨髓母细胞瘤		广州医科大学 附属妇女儿童 医疗中心	2026.6.	80W		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别: /
购买保险情况及报 销比例		☒ 新农合 50 %	☐ 城镇居民 %	☒ 商业保险 封顶5万元 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话			
	父亲	简	37	健康				
	母亲	张	38	患有系统性红 斑狼疮肾炎				
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>26000</u> 元 3、固定资产: <u>0</u> 套房子; <u>1</u> 辆摩托车; <u>1</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								
本人 2024 年确诊系统性红斑狼疮肾炎, 要长期服药复查, 在 2026 年 6 月 16 日确诊, 骨髓母细胞瘤等, 现已用 20 万元, 后续还要放疗, 自体移植, 康复, 多重医疗支出叠加, 家庭经济微薄, 现因照顾小孩, 夫妻二人没有工作, 失去了经济来源, 后续的费用此女向贵基金会申请, 爱心资助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张 2026 年 9 月 7 日								
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）:							
	骨髓母细胞瘤, 治疗总费用约 80 万。							
	医师签名: 张 2570 2026 年 9 月 7 日							
医院意见（盖章）:								
建议给予医疗救助金 ¥ 40000 元（大写: 肆万 零 佰 零 拾 元 零 角 分）								
负责人签名: 何靖足 慈善基金审批专用章 2026 年 9 月 8 日								
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助 ¥ 30,000.00 元（大写: 叁万元 整）								
负责人签名: 林钧泽 2026 年 9 月 28 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: 简 性别: 男 年龄: 8岁
病种: 小脑肿瘤髓母细胞瘤 治疗医院: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为简 的治疗费用。

受助人 (监护人): 张

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:

陈依亮

18924052218

2026年9月30日

广州市妇女儿童医疗中心（增）

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：简 性别：男 年龄：7岁 科别：增-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. 手术后恶性肿瘤化学治疗 2. 小脑肿瘤（髓母细胞瘤） 3. 梗阻性脑积水 4. 听力损失

医嘱及建议：患儿于2026. 08. 04-2026. 08. 10在我院增-血液肿瘤科2组住院治疗。

医师签名：江 / 徐心雨

日期：2026. 08. 10

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

兹有患儿简 患淋巴瘤 (母亲淋巴瘤) 疾病, 性别男, 年龄 8 岁, 是广东省云浮市新兴县太平乡镇下沙村委会, (父亲: 简 母亲: 张 村民的儿子。家中原有经济来源依靠父母二人外出打工。现因需全天候照料患儿, 父母均无法正常务工, 收入大幅减少; 母亲 2024 年确诊系统性红斑狼疮肾炎, 需长期服药复查; 家中年迈奶奶患有糖尿病, 亦需常年购药检查, 双重慢性病持续产生医疗开销。患儿后续还需要化疗、放疗、康复, 多重医疗支出叠加, 家庭收入微薄, 难以承担患儿全部治疗费用, 家庭经济困难, 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: 简 身份证号:

患儿母亲: 张 身份证号:

情况属实, 特此证明。

村委会/居委会盖章:

经办人及联系电话:



2026 年 9 月 28 日

