

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: 2026780

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	
	关		男	2023.4.6		广东省广州市	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	急性淋巴细胞白血病		广州市儿童医院	2026.7.2	30万元		
病童家庭情况	购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 _____%	☒ 城镇居民 60%	☐ 商业保险 _____%	☐ 其他保险 _____%	☐ 无
	残疾类型和级别:						
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 2 名;		
	父亲 关	26	良		2、家庭年收入(不含政府补贴) 20000 元		
病童家庭情况	母亲 郭	24	良		3、固定资产: 0 套房子; 0 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		
申请救助理由(请详细描述): 敝儿子关 于2026.7.2确诊急性淋巴细胞白血病, 因家庭经济困难, 无法承担医疗费用, 以下还有一名9月的女儿抚养, 目前家庭收入来源依靠夫妻两人每月工作收入来承担两人的费用。 本人保证上述情况完全真实 申请人签名: 郭 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(B系中危), 全程治疗预估费用30万元, 目前治疗及自费用药已超过20万元。 医师签名: 郭 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: 伍万零仟零佰零拾零元零角零分) 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 ¥30,000.00 元(大写: 叁万元整) 负责人签名: 林 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: 郑 性别: 男 年龄: 2
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广东医科大学附属医院

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), 将作为郑 的治疗费用。

受助人 (监护人): 韩

电 话

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 陈依云

电 话: 18924052214

日 期: 2026年9月30日

广东医科大学附属医院



疾病诊断证明书

编号:

姓名	关	性别	男	年龄	3岁	职业	-
证件号码				住址/单位	-		
入院日期	2026-08-02	住院号		科室	(海东) 儿童血液肿瘤专科病房		
临床 诊断	1、中枢神经系统白血病 2、恶性肿瘤维持性化疗 3、急性淋巴细胞白血病 (B系 中危) 4、贫血 5、凝血功能异常 6、恶性肿瘤靶向治疗 7. 喘息性支气管炎						
处理 意见	患儿于2026-08-02至2026-08-17在我科住院治疗。						
医师	蓝翔			签发日期	2026年08月17日10时36分		



医师	蓝翔	签发日期	2026-08-17 10:36
----	----	------	------------------

申请书

本人郑 [REDACTED] 性别：男，身份证号码：

[REDACTED] 家庭地址：广东省雷州市雷城街道

[REDACTED] 于 2026 年 7 月 14 日在广东医科大学附属医院确诊为急性淋巴白血病，目前总花费自费 5 万元，还要自此为期在该医院接受专项化疗靶向治疗等免疫性治疗。由于白血病治疗费用高昂，检查费用高昂，住院耗材及陪护开销极大。



申请人：[REDACTED]

郑 [REDACTED]

2026 年 8 月 26 日

