

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表

编号: 2022488

申请日期: 2022年8月30日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	班胜凯	男	2020.12.30		广西瑶族自治县	
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	朗格汉斯细胞组织细胞增生症		广州妇女儿童医院		30万	
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话
	班郁流	男	24	父子	工厂月入5000	
	蓝艳葵	女	21	母子	无	
申请救助理由		申请救助理由请详细填写(如:小孩病情起因、现状、后续治疗、费用缺口、家庭情况、医疗保险等) 患者是从2022.5月8号发烧,经过多次转院,2022年6月27号确诊,目前住院治疗中,因后期费用昂贵,已无力支撑,公婆还要支撑三个孩子上学,原本困难的家庭雪上加霜,希望能得到平台的帮助,谢谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 蓝艳葵 2022年8月30日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患者于我院诊断为朗格汉斯细胞组织细胞增生症(MS, R0t, 骨, 肝, 脾, 肺, 骨髓), 于2022年7月1日开始予JLCH-96方案化疗, 预计疗程费用为15至20万元。 医师签名: 孙志峰 2022年8月30日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 元。 (大写: 四万 仟 佰 拾 元 角 分) 负责人签名: 王少 2022年 8 月 30 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万伍仟元整 负责人(签名): 高晓红 2022年9月26日						

重症贫童救助款收据

病童姓名: 班胜凯 性别: 男 年龄: 1
病种: 朗格罕 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
15,000元 (大写: 人民币壹万伍仟元整),
将作为班胜凯的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄艳葵

电话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电话:

经办人: 班胜

电话: 13822279353

日期: 2022年10月9
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: 班胜凯 性别:男 年龄:1岁8月科别: 血液肿瘤病区(珠) 床号:013 住院号: 10146494

诊 断:1. 朗格汉斯细胞组织细胞增生症 2. 吞咽困难

医嘱及建议: 患儿2022.09.12至今于我院血液肿瘤病区（珠）住院治疗。

医师签名: 林慧玲/林慧玲/乔世存

日 期:2022.09.16

乔世存

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。



证 明

兹有我村弄伏村民小组居民班启勇的孙子班胜凯，男，身份证号码：[REDACTED] 于 2022 年 6 月 27 号在广州儿童医院检查确诊患朗格罕细胞组织细胞增生症，现一直在广州儿童医院住院治疗，目前已花费了 15 万多元，日后还需长期治疗。到目前为此医疗费用开支已导致该家庭经济和生活上非常困难，按目前的经济状况，无力再给班胜凯提供治疗，为了使班胜凯得到康复。希望有关单位，团体及组织给予帮助。

特此证明

都安瑶族自治县拉烈镇弄伏村民委员会

2022 年 8 月 16 日



