

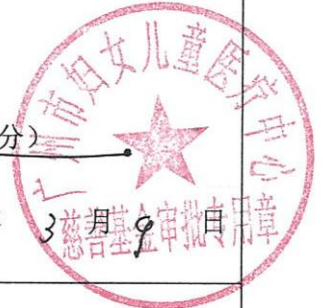
10154647

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2023127

申请日期: 2023年3月6日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	曾语菲	女	2017.10.23			福建省
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 30%			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	急性淋巴细胞白血病		增城院区, 广州市儿童医院		30-50万	
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
	俞世璇	女	25	母女	无	
	曾益峰	男	33	父女	自谋, 6000元/月	
申请救助理由		医疗费用大 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 俞世璇 2023年3月6日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 30-50万 医师签名: 刘耀艳 2023年3月6日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金_____元。 (大写: 贰万一千佰拾元角分) 负责人签名: 王远 2023年3月9日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万之整 负责人(签名): 马晓 2023年3月13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: 曾语菲 性别: 女 年龄: 5
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元 (大写: 人民币壹万元整), 将作为曾语菲的治疗费用。

受助人 (监护人): 俞世竣

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人: 张弋

电 话: 13822279353

日 期: 2023年3月14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: 曾语菲 性别: 女 年龄: 5岁 科别: 小儿血液肿瘤病区 床号: 46 住院号: 10154647
(增)

诊断: 1. 急性淋巴细胞白血病 (L2, B细胞型, 低危)

医嘱及建议: 患儿于2023-02-14至2023-02-15在我院增城院区血液肿瘤科住院治疗。

医师签名: 张晓红/郑文献/贺珊珊

日期: 2023-02-15

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。





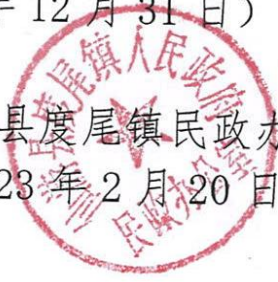
低 保 证 明

(编号

兹证明对象曾语菲，性别：女，身份证号码
家庭住址：。该对象确系我镇低保边缘户对象。特
此证明。

(有效期限：2023 年 01 月 01 日-2023 年 12 月 31 日)

仙游县度尾镇民政办公室
2023 年 2 月 20 日





火警电话：院内81330542（380542内线）或119。

火警 119

广州市恒安消防器材厂

请随手拉起床栏！

PLEASE HOLD THE BED COLUMN!