

广东公益恤孤助学促进会重症贫童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2023166

申请日期: 2023年 3月 8日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	林逸臻	男	2020.12.08			广东省
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
急性淋巴细胞白血病		中山大学附属第一医院				
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
	林柏祥	男	35	父子	散工 2000元/月	
	梁淑媚	女	33	母子	无业	
申请救助理由		急性淋巴细胞白血病治疗费用巨大,已无力负担 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 梁淑媚 2023年 3月 8日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿目前诊断为急性淋巴细胞白血病, B220MCLL-AFP3阳性, 缓解期, 预计住院费250000人民币。 医师签名: 71 2023年 3月 8日					
	医院意见: 情况属实, 请予以救治为盼。 建议给予医疗救助金 30000 元。 (大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 黄佳斌 2023年 3月 17日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 负责人(签名): 马晓红 2023年 3月 27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: 林逸臻 性别: 男 年龄: 2
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学附属第一医院

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), 将作为林逸臻的治疗费用。

受助人 (监护人): 梁淑媚

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 梁 [REDACTED]

电 话: 1382229353

日 期: 2023年 3月 29 日

疾病诊断证明书

(Diagnosis Certificate)

姓名 (Name): 林逸臻

性别 (Sex): 男

年龄 (Age): 2岁3月

门诊号 (Clinic No.): 0023347668

诊断 (Diagnosis):

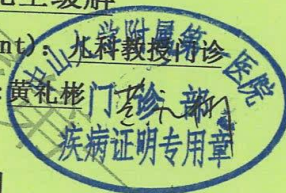
急性淋巴细胞白血病，完全缓解

科室 (Department): 儿内科

医生 (Doctor): 黄礼彬

盖章 (Seal):

2023年03月17日



《疾病诊断证明书》使用说明:

- 1、本证明仅限院本门诊使用。
- 2、必须由本院医师开具及签名，并在门诊病历上记录。
- 3、门诊大楼一楼门诊咨询服务中心盖章有效。
- 4、证书开具，具有法律效力，请谨慎开具。

证 明

兹有我村村民林逸臻，2020年12月8日出生，身份证号码： 患急性淋巴细胞B型白血病，现在中山大学附属第一医院治疗，开销费用大。其母亲无业，父亲散工，收入较低，家庭负担压力大，现要申请恤孤金专项补贴，请给予支持。

特此证明。

会城街道东甲村民委员会
2023年3月6日



