

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: 2023187

申请日期: 2023 年 3 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	
	洪珊珊	女	2019.2.7			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: 45%					
	所患疾病	治疗医院		预计医疗费用			
	急性淋巴白血病		广州医科大学附属医院				
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	
	洪友生	男	26	父女	打零工 2000元		
	黄君炫	女	24	母女	无		
申请救助理由		因为我女儿突发急性淋巴白血病, 花费巨大, 家庭困难, 特请求救助, 望批准。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 黄君炫 2023 年 3 月 30 日					
医院填写	疾病诊断及治疗费用: 急性淋巴白血病, 确诊, 化疗, 放疗, 输血, 营养支持等, 约 2-2.5 年, 总费用需约 30-50 万人民币。 医师签名: 谢少波 2023 年 3 月 30 日						
	医院意见: 建议给予医疗救助金 1 万元。 (大写: 壹万 仟 元 整 拾 元 角 分) 负责人签名: 谢少波 2023 年 3 月 31 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助。 负责人(签名): 高晓小 2023 年 4 月 3 日							



重症病童救助款收据

病童姓名: 洪珊珊 性别: 女 年龄: 4岁
病种: 急性淋巴白血病 治疗医院: 广州医科大学附属第一医院

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), 将作为洪珊珊的治疗费用。

受助人 (监护人): 黄君炫

电话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方

代表等): [REDACTED]

电话: [REDACTED]

经办人: 梁弋

电话: 13822279353

日期: 2023年4月6日

住院诊断证明

姓名: 洪珊珊 性别: 女 年龄: 4岁 住院号: 0000775470

地址: 广东省广州市天河区

科室: 普通儿科(沿江)

入院日期: 2023年3月29日

出院日期: 2023年3月31日

诊断: 急性淋巴细胞白血病, 完全缓解 (B系, 低危)

建议及注意事项: 密切关注患儿生命体征余详见出院小结

医师签名: 吴泽霖

签章:



日期: 2023年3月31日

惠来县
仙庵镇锡溪村民委员会用笺

电话: 0663-6780246

证明

兹有我村村民洪珊珊女，身份证号码
[redacted] 患急性淋巴细胞白血病。
在广州医科大学附属医院治疗。该户家庭收市
务收入低，其祖父洪枝立因患食道癌，于2018年去世。
学医学院第一附属医院作手术需长期服药治疗。家庭负债
累累，经济特别困难，特此证明。

特此证明。



