

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: 2023186

申请日期: 2023年3月22日

病人资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地	
	张伟雄	男	2017-02-04		广东	
	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		
	再生障碍性贫血		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
	张志明	男	34	父子	就业3500/月	
申请救助理由		小孩不幸患上再生障碍性贫血，病情严重，急需骨髓移植，由于治疗费用巨大，家庭经济困难，只能向相关部门和人事寻求帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 张志明 2023年3月22日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 再生障碍性贫血（重症），需进行骨髓移植，治疗费用约30-40万					
	医师签名: 郭 2023年3月22日					
	医院意见: 情况属实，请予协助。 建议给予医疗救助金 30000 元。 （大写: 叁万 仟 佰 元 整） 负责人签名: 郭 2023年3月28日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万五千元 负责人(签名): 高 2023年4月3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: 陈伟皓 性别: 男 年龄: 6
病种: 再生障碍性贫血 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), 将作为陈伟皓的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈志坚

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

疾病诊断证明书

(Diagnosis Certificate)

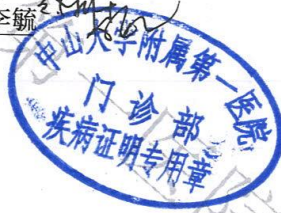
姓名(Name): 陈伟皓 性别(Sex): 男
年龄(Age): 6岁 门诊号(Clinic No.): 0024407174
诊断(Diagnosis):
再生障碍性贫血

科室(Department): 儿科综合专科

医生(Doctor): 李毓

盖章(Seal):

2023年03月20日



《疾病诊断证明书》使用说明:

- 1、本证明仅限院本部门诊使用。
- 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

兹有我村村民陈志坚，男，现年 34 岁，
身份证号：[REDACTED]。儿子陈伟皓现年 6 岁，身份证
号：[REDACTED] 因患重型再生障碍性贫血。急需移植手
术治疗，手术治疗费用庞大，家庭收入无法承担，实属我村困难户，
以上情况属实。

特此证明



2023 年 3 月 17 日

