

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: 2023197

申请日期: 2023 年 4 月 3 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	谢婉婷	女	2011.7.9			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		广州医科大学附属第一医院		30万以上
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
	谢建锋	男	36	父友	无业	
	余海燕	女	37	母女	在外务工	
申请救助理由		因女儿谢婉婷患急性淋巴细胞白血病导致家庭经济困难,不能承担全额医疗费用。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 余海燕 2023年 4 月 3 日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用) 患儿在我院经多次检查确诊为“急性淋巴细胞白血病”, 总医疗费用约人民币三千元。 医师签名: 王凤桂 2023年 4 月 4 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 1万 元。 (大写: 壹万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 谢婉婷 2023年 4 月 4 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万元整 负责人(签名): 葛晓红 2023年 4 月 10 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: 谢婉婷 性别: 女

年龄: 11

病种: 急性淋巴细胞白血病 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), 将作为谢婉婷的治疗费用。

受助人 (监护人): 谢建锋

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): —

电 话: —

经办人: 梁丁

电 话: 13822279353

日 期: 2023年 4月 11日



疾病诊断证明书

姓名：谢婉婷

性别：女

年龄：11 岁

住院号：0000774214

经我院普通儿科(沿江)临床检查、诊断为：

急性淋巴细胞白血病，完全缓解（B系，中危）

此证

主诊科（盖章）



主诊医师：卫凤桂

医学科（盖章）



日期：2022年3月31日



收入证明

兹证明 谢玉飞，广东省
村民，身份证号 ，

家中共 6 口人，人员组成为：

妻子： ：身份证号码： ，

儿子：谢建锋：身份证： ，

儿媳：余海燕：身份证号码： ，

孙女：谢婉婷：身份证号码： ，

孙子： ：身份证号码： ，

家庭主要收入来源为：儿媳在东莞市内务工，现因家庭成员：
谢婉婷患急性淋巴细胞白血病，导致家庭经济困难，不能承
担全额医疗费用。

情况属实，特此证明！

村委会（乡镇政府）盖章：

经办人签字：蓝锦芳

联系电话：13710791511

2023 年 3 月 29 日



