

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: 2023223

申请日期: 2023年4月4日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	朱煜煌	女	2018.10.26			江西
	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				
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
	朱忠远	男	36	父女	电商运营	
	杨柳	女	39	母女	家庭主妇	
申请救助理由		因爱女朱煜煌患急性淋巴细胞白血病住院时间久，治疗费用高，因病致贫。父母年岁已高，均为低保户农民，资金压力大，特申请救助。望批准！ 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 杨柳 2023年4月4日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 患儿于门诊确诊急性淋巴细胞白血病，目前规范治疗中。总疗程需约2.0-2.5年，总费用需约30万至50万元人民币。 医师签名: 姜泽群 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 仟 零 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 姜泽群 2023年4月11日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟元整 负责人(签名): 姜泽群 2023年4月17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:	朱煜煊	性别:	女	年龄:	4岁5个月
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 (湛江院区)		

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 13,000元 (大写: 人民币 壹万叁仟元整), 将作为朱煜煊的治疗费用。

受助人(监护人

): 杨柳

电话:

见证人(记者/

志愿者/捐赠方

代表等):

电话:

经办人: 梁弋

电话: 13822279353

日期:

2023年4月19日



疾病诊断证明书

姓名：朱煜煊

性别：女

年龄：4岁

住院号：0000775757

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 (B系，中危)

此证

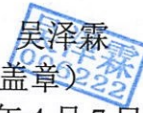
主诊科 (盖章)

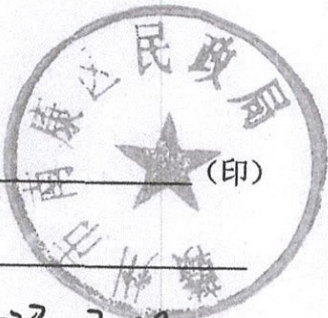
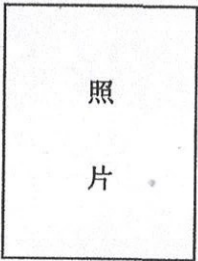


主诊医师：吴泽霖

医务科 (盖章)

日期：2023年4月7日





批准机关: _____ (印)

编 号: _____

发证日期: 2023.3.28

户主姓名	朱煜煊	性别	男	出生年月	2018.10
身体状况		家庭人口	3	财产情况	
月人均纯收入		户月保障金额	1410	保障类别	
户籍所在地	[REDACTED]			保障人口	3
身份证号码	[REDACTED]				
家庭成员情况					
姓名	与户主关系	性别	年龄	身体状况	收入情况
朱忠远	父亲	男	35	良好	
杨柳	母亲	女	38	良好	

贫困证明

兹证明 朱忠远，江西省

南昌市东湖区青山街道石塘村。身份证号

3607820002956

家中共 3 口人，人员组成为：

妻 子 杨 柳 ： 身 份 证 号 码 ：

3607820002956，女儿：朱

煜煊：身份证：3607820002956，家庭主要收入来源

为：朱忠远在广州边照顾家人边兼职从事电商类工作，现

因家庭成员：朱煜煊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：郑启昆

联系电话：18607073546

2023 年 3 月 21 日



