

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: 2023241

申请日期: 2023 年 4 月 21 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	冯希致	女	2017. 3. 12			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 T 友 (高危)		广州市中山大学附属第一医院		50万-60万		
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
	徐艳清	女	35	母女	无业	
	冯健伟	男	36	父女	工人	
申请救助理由		患儿诊断急性淋巴细胞白血病 (T 高危), 需进行化疗, 医疗费用高 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 徐艳清 2023 年 4 月 21 日				
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 1. 恶性肿瘤化疗; 2. 急性淋巴细胞白血病 (T 高危); 3. 化疗后骨髓抑制 治疗费用约 20 万。 医师签名: 2023 年 4 月 10 日					
	医院意见: 情况属实, 请求救助为盼。 建议给予医疗救助金 30000 元。 (大写: 叁 万 肆 千 佰 元 正) (角 分) 负责人签名: 2023 年 4 月 12 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): 2023 年 4 月 21 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: 冯希致 性别: 女 年龄: 6
病种: 急性淋巴细胞白血病^(高危) 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 13,000 元 (大写: 人民币
壹万叁仟元整), 将作为冯希致的治疗费用。

受助人 (监护人): 冯希致

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表
等): [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 黎弋

电 话: 13822279353

日 期: 2023年4月27日

疾病诊断证明书

(Diagnosis Certificate)

姓名(Name): 冯希玟

性别(Sex): 女

年龄(Age): 6岁

门诊号(Clinic No.): 0024400320

诊断(Diagnosis):

急性淋巴细胞白血病

科室(Department): 儿科综合专科

医生(Doctor): 张晓莉

盖章(Seal):

2023年04月07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

兹有我东莞市[REDACTED]民冯健伟，性别：男，身份证号码：[REDACTED]。其女儿冯希玟：[REDACTED]经确诊患有 1.恶性肿瘤化疗；2.急性淋巴细胞白血病，T（高危）等病，现需化疗手术，其治疗费用巨大，情况属实。

特此证明

东莞市麻涌镇南洲村村民委员会

2023年3月29日





6岁 冯毅