

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: 2023290

申请日期: 2023 年 4 月 5 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	林慧宜	女	2013. 5. 15			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	
	急性混合性白血病		珠江		50万	
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
	林发文	男	43	父女	务农	
	刘燕青	女	40	母女	务农	
申请救助理由		原本是困难户的家庭突然来个雪上加霜的庞大费用,患上了急性混合性细胞性白血病现在急需一大笔的治疗费用根本无从计算. 希望求救: 愿早日康复 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 刘燕青 2023 年 4 月 5 日				
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 急性混合性细胞白血病, 目前 SCCLL-2023 化疗中, 后续治疗约30-40万元 医师签名: 吴莉 2023 年 4 月 6 日					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 3 万 元。 (大写: 叁 万 一 千 一 百 一 拾 一 元 一 角 一 分) 负责人签名: 彭伟强 2023 年 5 月 10 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟之整 负责人(签名): 高晓 2023 年 5 月 22 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: 林慧宜

性别: 女

年龄: 10

病种: 混合性细胞白血病 治疗医院: 南方珠江医院

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 林慧宜 的治疗费用。

受助人 (监护人): 刘燕萍

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): —

电 话: —

经办人: 梁弋

电 话: 1382227953

日 期: 2023年 5月 25日

诊断证明书

姓名：林慧宜

科室：小儿血液科病区

床号：30

ID号：4766132

住院号：829465

科别：小儿血液科病区

入院日期：2023年02月24日

出院日期

检查结果：

诊断意见：

1. 急性混合细胞性白血病 (M/T)；2. 支气管肺炎

处理意见：住院治疗

医生签名：赖肖蓉

日期：2023年03月01日

签发单位：（盖章）





鹤山市民政局

核发单位: _____

2019年07月

发证日期: _____

麦锡乐

户主姓名: _____

身份证号码: _____

低保证编号: _____

户主姓名	麦锡乐		性别	女
出生年月	1955年05月		民族	
社保卡 (医保卡) 号码		家庭人口	5	
居住地址				
户籍地址				
低保资金 发放账号				
家庭成员 情况	姓名	关系	月收入	
	林国祥	夫妻		
	林尧文	母子		
	刘燕萍	儿媳		
	林慧霞	孙女		

家庭成员照片	
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名: _____	姓名: _____
核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)
姓名: _____	姓名: _____

