

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: 2023321

申请日期: 2023 年 5 月 17 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	叶梓翊	男	2019.1.14			广东省惠州
	参加医保情况		☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 40 %			
	所患疾病		治疗医院		预计医疗费用	
	温疹血小板减少 免疫功能综合症		中山大学附属第一医院		80万	
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
	李树珍	女	28	母子	无业	
	叶建勇	男	33	父子	无业	
申请救助理由		家中有常年要做腹透的母亲和三个年幼的孩子,因为儿子求医目前已是无业状态,为儿子这病已经发光积蓄负债累累,目前还要进行化疗和骨髓移植手术,面对这巨大的费用实属有些无力。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 李树珍 2023 年 5 月 17 日				
医院填写	疾病诊断及治疗 (费用): 诊断 WAS . 需移植 总费用 30万 医师签名: 孙 2023 年 5 月 17 日					
	医院意见: 请求救助, 请给予医疗救助。 建议给予医疗救助金 30000 元。 (大写: 叁万 仟 佰 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2023 年 5 月 19 日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万捌仟肆佰元 负责人(签名): 2023 年 5 月 29 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: 叶梓翊	性别: 男	年龄: 4
病种: 湿疹血小板减少免疫缺陷综合症	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 18,000 元（大写：人民币壹万捌仟元整），将作为叶梓翊的治疗费用。

受助人（监护人）: 唐树珍

电 话: [REDACTED]

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）: [REDACTED]

电 话: [REDACTED]

经办人: 梁七

电 话: 13822279253

日 期: 2023年 6 月 1 日

疾病诊断证明书

(Diagnosis Certificate)

姓名(Name): 叶梓翊

性别(Sex): 男

年龄(Age): 4岁4月

门诊号(Clinic No.): 8002683533

诊断(Diagnosis):

威斯科特-奥尔德里奇综合征 [Wiskott-Aldrich综合征]

科室(Department): 儿童血液肿瘤专科

医生(Doctor): 张晓莉

盖章(Seal):

2023年05月17日

疾病证明专用章

《疾病诊断证明书》使用说明:

- 1、本证明仅限院本门诊使用。
- 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。

惠东县稔山镇牛牯墩村民委员会

证 明

兹有我村委田心村村民叶建勇，性别：男 身份证：[REDACTED]，其儿子叶梓翊：[REDACTED]患有：湿疹血小板减少伴免疫缺陷综合症（was 综合症）现需骨髓移植手术，其治疗费用巨大，因家庭生活困难，望有关部门及人事给予帮助为盼。情况属实！

特此证明

牛牯墩村民委员会
2023年5月17日



