

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: 2023398

申请日期: 2023年6月19日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地
	施楚慧	女	2008.12.24			广东
	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	
	急性淋巴细胞白血病		中山大学附属第一医院		70万	
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
	林美君	女	38	母女	无	
	施清亮	男	39	父女	无	
申请救助理由		因家庭生活困难,尤其治疗费用巨大,需要恤孤会的帮助。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林美君 2023年6月19日				
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 确诊为白血病,治疗费用约30万。 医师签名: 李仁明 2023年6月19日					
	医院意见: 情况属实,请求予以救助为盼。 建议给予医疗救助金30000元。 (大写: 叁万 仟 佰 元 拾 元 角 分) 负责人签名: 黄新强 2023年6月28日					
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助壹万叁仟元 负责人(签名): 马晓红 2023年7月3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: 施楚慧 性别: 女 年龄: 14岁
病种: 急性淋巴细胞白血病 治疗医院: 中山大学附属一院

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 施楚慧 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林美君

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): /

电 话: /

经办人: 周基明

电 话: 13822279353

日 期: 2023 年 7 月 4 日

疾病诊断证明书

(Diagnosis Certificate)

姓名 (Name): 施楚慧

性别 (Sex): 女

年龄 (Age): 14岁

门诊号 (Clinic No.): 0024409211

诊断 (Diagnosis):

急性淋巴细胞白血病(BIII)

科室 (Department): 儿童血液肿瘤专科

医生 (Doctor): 王丽娜

盖章 (Seal):

2023年04月12日



《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。

海丰县大湖镇山脚村民委员会

12 明

1/2 属 欧 楚 慧. 女. 身份证号码:

患有急性淋巴细胞白血病. 现需化疗手术. 其治疗费用巨大. 因家庭生活困难. 望有关部门给予帮助为盼.

Y. 楚慧明

大湖镇山脚村委会

2023年6月20日

