

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: 2025317

申请日期: 2025年6月13日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	周		女	2020年11月5日			广东省兴宁市大坪镇	
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	急性淋巴细胞白血病		珠江医院	2025年3月25日	二十万元			☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☐ 新农合 %	☒ 城镇居民 90 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无		
病童家庭情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话	1、抚养 18 岁以下儿童 1 名;		
	父亲	周	34	很好		2、家庭年收入（不含政府补贴） 6万 元		
	母亲					3、固定资产: 套房子; 辆摩托车; 辆小车		
						4、家庭困难类型: ☐ 村居委开具困难证明; ☐ 街镇开具困难证明; ☒ 困境儿童证明; ☒ 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
申请救助理由（请详细描述）		小孩急性淋巴细胞白血病，在广州市海珠区珠江医院儿科治疗，单亲爸爸在医院照顾小孩无收入来源，已经在医院治疗花费十几万。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 周 2025年6月13日						
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 诊断: 急性淋巴细胞白血病（B细胞型，中危），治疗费用约二十万元。							
	医师签名:		吴新		2025年6月13日			
	医院意见（盖章）:							
建议给予医疗救助金		¥30000 元（大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）						
负责人签名:		STP		2025年6月18日				
广东公益恤孤助学促进会意见:								
同意救助		¥20,000.00 元（大写: 贰万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分）						
负责人签名:		刘银萍		2025年6月18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: 周 性别: 女 年龄: 4岁
病种: 急淋白血病 治疗医院: 南方珠江医院儿科

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为周 的治疗费用。

受助人 (监护人): 周

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代

表等):

电 话:

经办人:

电 话: 18924052214

日 期: 2015 年 7 月 1 日

南方医科大学珠江医院

诊断证明书

姓名：周 科室：小儿血液科病区 床号： ID号 住院号

科别：小儿血液科病区	入院日期：2025年03月25日
检查结果： 诊断意见： 1. 急性淋巴细胞白血病 处理意见：住院化疗 医生签名：余荆华 日期：2025年03月25日	

签发单位：（盖章）





核发单位: 兴宁市

发证日期: 2025-06-13

户主姓名:

身份证号码:

低保证编号:

户主姓名	周	性别	男
出生年月	2020-11-05	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码		家庭 人口	1
居住 地址	广东省兴宁市大坪镇		
户籍 地址	广东省梅州市兴宁市大坪镇		
低保资金 发放账号			
家庭 成员 情况	姓名	关系	月收入
	周	本人	?

