

附件 4:

广东省第二人民医院
“重大疾病”病患救助申请表

编号: 2025340 (一男一女成人)

申请日期: 2025 年 6 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	
	沈	女	2003.08.21		广东省汕头市	
	参加医保情况	☒ 新农合 ☐ 城镇居民 ☐ 企业 ☐ 其他 ☐ 无 报销比例: 55%				
	所患疾病	治疗医院	预计医疗费用			
	急性髓系白血病	广东省第二人民医院	50万元			
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
	沈	男	56	父亲	务工 收入3000元	
	刘	女	53	母亲	未就业 收入0元	
申请救助理由	本人是沈, 21岁, 家住汕头市外砂镇金洲村, 家庭成员有父母和两位姐姐及我, 共五口人。我们三人读书, 所剩积蓄不多, 因本人患急性髓系白血病(高危, 需移植), 已在省第二人民医院就医, 需要身边有人照顾, 姐姐又因失业, 由姐姐和母亲照顾我, 家庭收入由父亲和姐姐的工作维持, 收入不够开销, 目前已花费13-14万元(交通费、住宿费、医药费等), 后续还需25-30万元准备移植, 家庭经济负担过重, 也向身边的亲朋好友借钱治疗, 后续费用过于庞大, 特向医院申请重大疾病救助, 希望能够得到帮助与支持, 感谢! 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 沈 2025年6月17日					
医院填写 (或提供医院诊断书、病历、费用等证明材料)	疾病诊断及治疗(费用): 急性髓系白血病, 大约需要60万~80万元。					
	医院意见: 建议给予医疗救助金 10000 元。 (大写: 壹万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 医师签名: 梁 2025年6月28日 负责人签名: 梁 2025年6月28日					
广东公益恤助学促进会审批意见: 同意救助 10,000.00元 (大写: 壹万元整) 负责人(签名): 梁栋树 2025年7月7日						



廣東公益恤孤助學促進會
Orphan Education Society Guangdong

“重大疾病”病患救助款收据

病人姓名：沈 性别：女 年龄：21
病种：急性骨髓系白血病 治疗医院：广东省第二人民医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 10,000 元（大写：人民币壹万元整），将作为沈 的治疗费用。

受助人（监护人）：沈

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：2025年 7月 10日

广东省第二人民医院

诊断证明书 证字第 号

姓名	沈	性别	女	年龄	Y21	科别	血液科	住院号	
病史及简要诊疗工作： 患者因“确诊急性髓系白血病4月余来院化疗。”于2025-05-18在我院住院治疗。									
诊断意见：1. 急性髓系白血病化疗期（M5，高白，KMT2A/MLLT3阳性，BRAF、FLT3-TKD及KRAS突变，+8） 2. 左侧卵巢黄体囊肿 3. 化疗后骨髓抑制 4. 药物性血小板减少症 5. 白细胞减少 6. 上消化道出血。									
处理意见：详见出院记录。									
广东省第二人民医院 广东省第二人民医院 诊断证明 医师：李 亮 2025年 05月 27日									

家庭情况证明

兹有我辖区 广东 省 汕头 市 龙湖 县 金灶 村/居民，
姓名 沈 性别 女 民族 汉，身份证号
其父亲姓名 沈，身份证号
其母亲姓名 刘，身份证号
其配偶姓名 ，身份证号

因家庭成员（可多选）：☒患有疾病 ☐残疾 ☐缺乏劳动力 ☐遭遇重大变故，导致家庭困难。

困难类型：☐低保户 ☐建档立卡脱贫户 ☐五保户 ☒其他低收入家庭。

家庭主要收入来源为：☐务农 ☒务工 ☐个体户经营 ☐政府补贴。

家庭月收入 6000 元。

家庭住房属于：☐租房 ☐公租房（廉租房） ☐安置房 ☒自建房 ☐自购商品房 ☐其他 。

属于我辖区困难户，特此说明。

村/社区居委会名称：金灶村委会

盖章处：

日期：2025.6.17.

经办人：李

联系电话（座机/手机）



