

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: 2025342

申请日期: 2025年7月3日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地
	陈		女	2016.5.16			湖南
	所患疾病		治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号
	先天性纯红 细胞再生障碍性贫血		中山大学附属第一医院	2016.7.	30万		
购买保险情况及报 销比例		☐ 新农合 50 %	☐ 城镇居民 %	☐ 商业保险 %	☐ 其他保险 %	☐ 无	是否残疾 ☐ 是 ☒ 否 残疾类型和 级别:
病童家庭 情况	姓名		年龄	健康情况	联系电话		
	父亲	陈	41	健康			
	母亲	方	37	健康			
1、抚养18岁以下儿童 <u>3</u> 名; 2、家庭年收入（不含政府补贴） <u>3万</u> 元 3、固定资产: <u>无</u> 套房子; <u>无</u> 辆摩托车; <u>无</u> 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） 由去年陈弟也是再障，弟弟生下来吃药无用，只能每月输血，去年手术也是花费30多万，今年姐姐吃药也无用，只能输血，现已花费十多万，现在没有能力交医药费，现在移植骨髓，请领导关心帮助，谢谢 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 陈 2025年7月3日							
医院填写	疾病诊断及治疗（费用）: 先天性纯红细胞的再生障碍性贫血，保命药之药，药色红，细胞再生，计划费用30-50万元 医师签名: 2025年7月3日						
	医院意见（盖章）: 情况属实，请予以救助为盼。 建议给予医疗救助金 ¥30000 元（大写: 叁万仟元整 拾元零角零分）						
	负责人签名: 2025年7月3日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥30,000.00 元（大写: 叁万零仟零佰零拾元零角零分） 负责人签名: 2025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: 陈 [redacted] 性别: 女 年龄: 9
病种: 造血干细胞移植 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 30,000 元 (大写: 人民币叁万元整), 将作为陈 [redacted] 的治疗费用。

受助人 (监护人): 陈 [redacted]

电 话: [redacted]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话: [redacted]

经办人: 周其羽

电 话: 18924052214

日 期: 2015年 7月15日



中山大学 附属第一医院
The First Affiliated Hospital, Sun Yat-sen University

姓名：陈

科别：儿科二科

床号

住院号

住院患者情况说明

姓名：陈

性别：女

年龄：9岁

科别：儿科二科

床号

住院号

目前诊断：先天性纯红细胞再生障碍性贫血(PRL5 EXON3突变)

房间隔缺损(继发孔型)

心脏扩大(右房右室)

肺动脉高压

生长迟缓(重度)

体重低下(中度)

三尖瓣关闭不全(轻-中度)

入院情况及诊疗经过：患儿诊断“先天性纯红细胞再生障碍性贫血(PRL5 EXON3突变)”，有造血干细胞移植指征，排除禁忌症，06-2入仓后行造血干细胞移植前预处理清髓化疗，07-02行无关血缘供者(无关血缘供者，男供女，0供0，HLA 10/10相合)外周血造血干细胞移植术，现患儿仍需住院治疗。

医师签名：[Signature]

2025年07月14日

证 明

兹有湖南省武冈市邓元泰镇山口村 村民陈
性别：女，身份证号码： ,享受农
村最低生活保障待遇，情况属实。

特此证明！

湖南省武冈市邓元泰镇山口村委会

2025年7月3日



