

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: 2025355温暖1683号

申请日期: 2025年7月14日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	余		男	2020年12月30日			广东省汕头市潮阳区	
	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
	重型地中海贫血		广州市妇女儿童医疗中心	2022年10月1日	50万		/	☐ 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 _____%	☐ 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____名;		
	父亲	余	28	健康		2、家庭年收入(不含政府补贴) 35000 元		
	母亲					3、固定资产: 无套房子; 1辆摩托车; 无辆小车		
申请救助理由(请详细描述)		孩子余从一岁多的时候确诊了地中海贫血,确诊后一直靠输血和排铁来维持生命,这些钱给了孩子治病,家里的积蓄很快见底,书是一名单亲爸爸,孩子妈妈自从发现小孩确诊地中海贫血后就跑了,至今对孩子不闻不问。书是一名外卖员,一个月收入就两到三千块钱维持生活,自认住进租屋,每天的费用如一座沉重的山,在得喘不过气来还有后续漫长的治疗所需费用还多昂贵,对于我们这样的家庭来说是一个天文数字。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 余 2025年7月14日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 1.重型地中海贫血 2.造血干细胞移植手术							
	总费用约 50万元							
	医师签名: 2025年7月14日 医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥25000 元(大写: 贰万伍仟元整) 负责人签名: 何清 2025年7月15日							
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥30000.00 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15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: 余 性别: 男 年龄: 4
病种: 重型B地中海贫血 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心

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), 将作为余 的治疗费用。

受助人 (监护人): 余

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等):

电 话:

经办人: 周其明

电 话: 18924052214

日 期: 2015年7月16日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名：余 性别：男 年龄：4岁 科别：珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊断：1. 造血干细胞移植状态 2. 重型β地中海贫血

医嘱及建议：患儿于2025-6-11至今在我院住院治疗，2025-6-26行异基因造血干细胞移植。

医师签名：

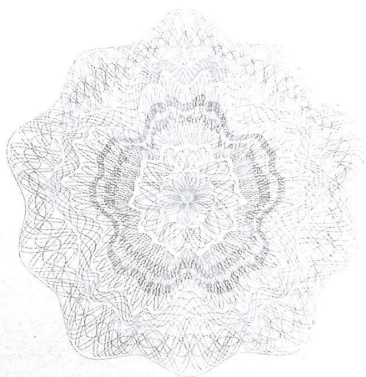
日期：2025-07-14 15:07:10

注：1、未经盖章，签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明，不得作其它证明使用。





核发单位: 海丰县民政局
发证日期: 2024-12-20
户主姓名: 余增喻
身份证号码: [REDACTED]
编 号: [REDACTED]

户主姓名	余 [REDACTED]	性别	男性
出生年月	1997-06-26	民族	汉族
社保卡 (医保卡) 号码	[REDACTED]	家庭人口	2
居住地址	[REDACTED]		
户籍地址	城东镇		
家庭成员情况	姓名	关系	月收入
	余 [REDACTED]	子	

家庭成员情况	姓名	关系	月收入
家庭成员照片			
		核发单位 盖章 (注明: 此处贴 小一寸照片)	
		姓名:	姓名:

