

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: 2025359

申请日期: 2025 年 6 月 10 日

病童资料	姓名		性别	出生年月	身份证号码		户籍所在地	
	林		男	2009.01.13			广东陆丰市博罗镇	
	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
	再生障碍性贫血(极重度)		中山一院	2025.6.17	30万		/	☐ 是 ☒ 否 残疾类型和级别:
购买保险情况及报销比例		☒ 新农合 40 %	☐ 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 2 名;		
	父亲	林	42	良好		2、家庭年收入(不含政府补贴) 9.6 万元		
	母亲	戴	43	良好		3、固定资产: / 套房子; 2 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)		患儿林 2025 年 6 月确诊再生障碍性贫血(极重度) 甲状腺结节(右侧) 室颤室, 目前治疗费用 10 多万, 还有自费药, 外送检查费用 3 万多, 后期还要骨髓移植, 预计: 30 多万, 还要抗排斥, 费用不可估, 农村家庭, 收入不多, 无力支撑治疗费用, 特向基金会求助, 望批复, 感谢。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 林 2025 年 6 月 10 日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿为极重度再生障碍性贫血, 行造血干细胞移植, 治疗费用估计 30-50 万元。 医师签名: 张 2025 年 6 月 10 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 圆 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 蔡 2025 年 7 月 14 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 元 零 角 零 分) 负责人签名: 2025 年 7 月 21 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: 林 性别: 男 年龄: 16
病种: 再生障碍性贫血 治疗医院: 广州市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 20,000 元 (大写: 人民币贰万元整), 将作为林 的治疗费用。

受助人 (监护人): 林

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22日



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

姓名：林

科别：儿科二科

床号：

住院号：

住院患者情况说明

姓名：林 性别：男 年龄：16岁 科别：儿科二科 床号： 住院号：

目前诊断：再生障碍性贫血(极重度)

甲状腺结节(右侧)

龋齿

入院情况及诊疗经过：患儿为极重度再生障碍性贫血，有造血干细胞移植指征，排除禁忌症，06-30入仓行造血干细胞移植，现移植前预处理清髓化疗中。



陆丰市博美镇赤坑村民委员会

证明

兹有我村村民：林[REDACTED]，男，身份证号码：
[REDACTED] 其儿子林[REDACTED] 男，身份证号码：
[REDACTED]，患有：极重度再生障碍性贫血，需造血干细胞移植，其治疗费用巨大，因家庭生活困难，望有关部门及人事给予帮助为盼。

特此证明！

陆丰市博美镇赤坑村民委员会

2025年7月8日

